

**UNA GAMMA
DI FILTRI
ANTIBATTERICI-HME
PER ESIGENZE
DIVERSE**

DAR

QUALITÀ
E PRESSIONE
PERMANENTE

THE LEADING PROJECT



L'Aniarti

è forza

è competenza

è professionalità infermieristica

in Area Critica

Direttore Responsabile

Giuliana Pitacco
Via R. Manna 17
34134 Trieste
tel./fax 040 416188

Vicedirettore

Massimiliano Castellani
Via Castiglione Teverina 2
00189 Roma
tel./fax 06 3662625

Comitato di Redazione

Enrica Bonzi
Raniero D'Amuri

**Segreteria Amministrativo/
Organizzativa**

Elio Drigo
Raniero D'Amuri
Piazza Corazzini 4
06074 Corciano (PG)
tel./fax 075 5170473

Pubblicità

Claudia Bancolini
Via Marzabotto 281
20099 Sesto S.Giovanni Milano
tel./fax 02 2427705

Tariffe

Iscrizione Aniarti 1992
(comprensiva di Scenario)

Lit. 30.000

Abbonamento individuale

Lit. 40.000

Abbonamento a Scenario
(per Enti, Associazioni, Biblioteche
Unità operative, Istituzioni, Scuole)

Lit. 80.000

Le quote vanno versate
sul c/c postale N° 11064508
intestato a:

ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

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.

Stampa

Tipografia Tappini
Via Morandi 19 Città di Castello (PG)
Tel. 075/855.81.94

SOMMARIO

CHE FINE FARÀ LA SALUTE di <i>Elio Drigo</i>	pag. 3
ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN TERAPIA INTENSIVA: RUOLO DEI PROTOCOLLI di <i>Barbara Ziggiotto</i>	» 4
CULTURA INFERMIERISTICA: LAVORI IN CORSO Sintesi del II Convegno Regionale Aniasi Lombardia di <i>Rosella Baraiolo</i>	» 22
L'EMERGENZA SANITARIA	» 24
COMMENTO di <i>Annalisa Silvestro</i>	» 28
UN INIZIO DIFFICILE Aggiornamento Infermieristico in Patologia Neonatale	» 30
RECENSIONI DI LIBRI	» 32
INSERTO CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA di <i>Annalisa Silvestro e coll.</i>	» I

CHE FINE FARÀ LA SALUTE?

La situazione italiana attuale non è delle più felici.

La credibilità dei pubblici amministratori e dei politici è caduta molto in basso dopo le ultime vicende di corruzione generalizzata. La salute della finanza pubblica è su una china paurosa da molto tempo ma solo adesso questo è stato detto chiaramente e la cosa è apparsa nella sua drammaticità.

Sembra importante, come infermieri, professionisti al servizio dei cittadini, fare alcune considerazioni, sui rimedi proposti a questo stato di cose soprattutto per quanto essi incidono nel campo della salute pubblica.

E' stato detto che siamo arrivati a questo punto anche perché "si è dato tutto a tutti" sull'onda di un rivendicazionismo esagerato.

È d'obbligo chiedersi in che cosa sia consistito questo "tutto" che sarebbe stato dato e chi siano questi "tutti".

1) Il cosiddetto "tutto" è stato una medicalizzazione esasperata della vita delle persone, un abuso insensato delle strutture e delle strumentazioni sanitarie. Il risultato è stato di generare una domanda assolutamente irrazionale di servizi rendendo costantemente inadeguata l'organizzazione. Non si è applicata una reale discriminazione clinica al punto che il processo diagnostico e terapeutico nei confronti delle persone malate, allo stato attuale potrebbe essere per buona parte robotizzabile. Nell'assenza di servizi sociali, i servizi sanitari sono stati utilizzati anche come contenitori per persone incurabili, anziani, indigenti. Gli ospedali sono diventati così anche luoghi in cui è possibile occultare il diverso e "l'inutile".

L'idea falsa del garantismo e della sicurezza totale contro la malattia e la morte e la convinzione delle infinite possibilità della medicina

tecnologica, sono state create dalle multinazionali dell'elettronica e dalle case farmaceutiche che hanno tratto vantaggi inimmaginabili, dal commercio della salute. La stessa filosofia è stata seguita dalle professioni sanitarie forti e dominanti, incontrastate perché depositarie della fiducia a loro trasferita per la custodia della salute di tutti.

La salute, quel concetto così vasto e globale scritto da tempo in molti documenti dell'O.M.S. è diventata solo un tentativo di cura di patologie evidenziate soltanto alla loro insorgenza. Prevenzione e riabilitazione sono ancora parole molto utilizzate soprattutto in periodi preelettorali e niente di più. Ma non era certo questo quanto chiedevano ad uno Stato civile dei cittadini che avevano risvegliato la coscienza della propria dignità di persone bisognose di supporto dell'intera società per perseguire il bene supremo della salute.

"Salute" per tutti anche per i meno abbienti.

Oggi invece si garantiscono "le cure mediche" (non la salute) solo a chi potrà pagarsele. Non è certo una conquista civile, e questo anche se le finanze dello Stato sono disastrose. Rimane comunque ampiamente da dimostrare il fatto che il pagamento dei servizi sanitari rappresenti una reale forma di recupero di risorse economiche.

2) E poi chi l'ha detto che per la sanità non ci sono i soldi e che la sanità spende troppo?

Innanzitutto l'Italia spende per la sanità il 5-6 % del prodotto interno lordo (PIL) contro una media del 9-10 degli altri paesi europei; e poi, che cosa significa spendere troppo?

Quali sono i parametri o i criteri di valutazione?

Si è provveduto a tagliare gli sprechi della sanità (l'Italia è l'unico paese al mondo ad avere il rapporto numero medici-infermieri invertito e, un medico costa mediamente come quattro infermieri)?

Le apparecchiature sono utilizzate al meglio?

Le spese di uno Stato possono essere eventualmente tagliate altrove (opere pubbliche tanto faraoniche quanto inutili, esercito, indu-

strie inquinanti per consumi nocivi, contributi dello Stato a pioggia e senza alcuna valutazione...) e non da un servizio assolutamente indispensabile come la salute delle persone.

C'è bisogno di una nuova ottica nelle scelte economiche e sociali del nostro paese.

La salute dei cittadini non può essere considerata alla stessa stregua di un qualsiasi altro bene di consumo. E non può dunque soggiacere semplicemente alle leggi di un mercato che già si pone poche regole e scarsi scrupoli. Chi persegue l'obiettivo del profitto non può certo badare ad un altro obiettivo primario quale quello della salute a cui asservire tutti gli altri obiettivi. D'altra parte chi ha già percorso questa strada si accorge del suo pericolo sociale e sta tentando una dura retromarcia.

Privatizzare la sanità? No, grazie! Perché non dettiamo ed adottiamo invece le norme che regolano la responsabilità di ogni privato cittadino?

Perché nei confronti della "cosa pubblica" e della sanità in particolare il singolo cittadino, gli operatori, gli amministratori non adottano comportamenti e regole che si adottano per i propri interessi e valori privati più cari e preziosi? E perché non si esigono norme che facciano rispettare questi comportamenti, invece di trovare sempre e solo la regola del pagamento dei servizi che colpisce sempre e solo chi non può sottrarsi e che meno possiede?

Forse che per il nostro Stato e per la nostra Nazione l'unico parametro da prendere in considerazione è il censo, il denaro, le finanze?

Non ci sono le regole, un sistema di valori, di priorità da rispettare, con l'unico obiettivo di migliorare la vita dei cittadini.

La nostra società che si considera tra le più evolute, deve essere caduta proprio in basso se non riesce a garantire l'assistenza, l'aiuto specifico fondamentale per la conservazione o il recupero della salute.

Elio Drigo

ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN TERAPIA INTENSIVA: RUOLO DEI PROTOCOLLI

I.P. Barbara Ziggiotto

Unità coronarica Ospedale Bassini - Cinisello Balsamo (Milano)

Elaborato dell'autrice durante il 3° anno di Corso della Scuola I.P.

INTRODUZIONE

La tesi consta di due parti distinte. Una prima parte delinea in generale quali sono i caratteri salienti di una Terapia Intensiva con particolare sottolineatura alla figura dell'infermiere professionale e all'assistenza che esso è chiamato a svolgere.

In quest'ultimo contesto ho approfondito il tema dei protocolli come strumento a parer mio fondamentale per una adeguata e scientifica valutazione dell'assistenza infermieristica. A questo riguardo ho voluto approntare anche una parte sperimentale.

Nella seconda parte tratto appunto di questa sperimentazione tesa ad avere il quadro della situazione sulla reale conoscenza e applicazione dei protocolli.

Per questa parte sperimentale mi sono servita di un questionario (riportato nel capitolo Materiali e Metodi) il quale pone domande sull'uso dei protocolli nella divisione di appartenenza di ogni singolo I.P. al quale è stato somministrato.

Il questionario è stato compilato anonimamente dall'équipe infermieristica delle diverse Terapie Intensive e altre aree critiche di 4 ospedali di Milano e provincia: Ente Ospedaliero Niguarda Ca' Granda, Ospedale San Raffaele, Ospedale Bassini, Nuovo Ospedale San Gerardo di Monza.

Nonostante la volontà di rendere semplice e veloce la compilazione del questionario le difficoltà incontrate nel sottoporre questo lavoro non sono state poche. Difficoltà dovute un po' all'indifferenza, un

po' alla poca voglia di mettersi in discussione, un po' alla non comprensione dello scopo del lavoro ed inoltre per il non uso di protocolli che per quanto strano possa sembrare in alcuni reparti di grandi e noti ospedali rimane ancora strumento sconosciuto oppure inapplicato.

Mi sembra tuttavia di aver colto più una "non conoscenza reale" che non un vero e proprio disinteresse; in questo senso comunque non ho molti dati in quanto il primo filtro da superare era l'infermiere/a abilitato a funzioni direttive.

Tuttavia chi ha aderito mi ha dato la possibilità di capire qualcosa di più, anche solo di comprendere che il lavoro da fare è ancora molto ed esige lo sforzo e la passione di tutti.

PRIMA PARTE

ANALISI DELL'ESISTENTE: LA SITUAZIONE ITALIANA IN MATERIA DI EMERGENZA

"L'ambulanza corre a sirene spiegate verso il Pronto Soccorso. Il malato in condizioni critiche viene respinto perché l'ospedale non ha letti liberi, oppure perché mancano gli strumenti o il personale medico per quel tipo di intervento d'urgenza. Inizia così l'odissea del malato tra un Ospedale e l'altro, che in certi casi può provocare un danno irreparabile e persino la morte del malcapitato: tutto ciò non succede solo in Italia, ma è diventato una realtà ormai quotidiana in larga parte dei civilissimi Stati Uniti, paese dove peraltro vi è abbondanza di ospedali e dove il tasso di occupazione dei letti disponibili non supera in media il 65%" (L'Unità, mercoledì 22 apr-

le 1992).

Ma com'è in Italia la situazione dei posti-letto disponibili per ricoveri d'urgenza? I recenti drammatici fatti di cronaca relativi alle vicissitudini, spesso finite in tragedia, di pazienti sbalottati da un Ospedale all'altro nella speranza di essere adeguatamente assistiti, ripropongono l'interrogativo. Da uno studio dell'ISIS (Istituto di Stato per l'Informazione Sanitaria) sulla rete di emergenza negli ospedali italiani si rileva che i posti-letto presenti in tutto il territorio nazionale, limitatamente ai casi di emergenza (terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, anestesia e rianimazione, unità coronarica, grandi ustionati e unità spinale), am-

montano (stima 1989) a 5708, pari a 9.9 letti per 100.000 abitanti. Essi sono così distribuiti: il 40% del totale interessa la terapia intensiva, mentre le unità coronariche dispongono del 28.2%, la T.I. neonatale del 22.6%, i grandi ustionati dell'1.5%, pari alla percentuale riservata all'unità spinali. Nel Centro-Sud, ad eccezione del Molise (che dispone di un numero di posti-letto per 100.000 abitanti che è quasi doppio rispetto a quello della media nazionale), e dell'Abruzzo, nelle altre Regioni la media scende a 6.2 nelle Marche e a 6.4/100000 in Campania e Basilicata. Superano nettamente la media nazionale il Trentino Alto Adige, il Piemonte (14.1%), la Ligu-

ria (12.7%), e l'Emilia Romagna (12.4%), il Veneto con 11.6 letti e la Lombardia risulta avere 11.3 "posti di emergenza" ogni 100.000 abitanti.

La recente statistica dell'ISIS sugli Istituti di cura pubblici e privati nel 1990 segnala una riduzione costante (circa il 27% in meno rispetto al 1980) in tutte le regioni, anche se non fornisce dati in particolare sull'Area Critica.

Ogni anno la Lombardia ricovera nei suoi 135 ospedali circa 1.500.000 pazienti; sebbene i ricoveri in Terapia Intensiva siano solo una minoranza di questi, essi costituiscono un problema rilevante. In Lombardia ogni anno si verificano 40.000 incidenti stradali, con 30.000 feriti e più di 1.000 morti. Gli infortuni sul lavoro (la regione occupa 3.500.000 lavoratori in 594.999 aziende) ammontano a 200.000 all'anno, con 500 morti, per la maggior parte tra i 30 e i 40 anni.

Manca a tutt'oggi una rete di comunicazione e di coordinamento su base regionale, per potere conoscere la disponibilità e l'ubicazione dei posti-letto in tempo reale: alcune centrali operative con elisoccorso si incaricano di aggiornare la situazione dei letti disponibili in modo sporadico, ma nella maggior parte degli ospedali di II e III livello i trasferimenti dei pazienti critici avvengono dopo estenuanti telefonate "a raggiera" dall'ospedale di I livello più vicino a quelli via via più distanti, a volte parecchi chilometri. Il tempo medio di trasferimento di un ferito grave o di un infortunato da un ospedale non attrezzato ad una Terapia Intensiva supera abbondantemente i 60-90 minuti, con punte più alte nelle ore notturne e nei giorni festivi, mentre è stato calcolato in 20 minuti il "tempo critico" in cui c'è il massimo rischio di morte del paziente se non adeguatamente assistito.

L'istituzione di una centrale operativa regionale (il cosiddetto "118"), di prossima realizzazione potrebbe in parte ridimensionare il problema razionalizzando i ricoveri, ma non risolverà la carenza strutturale attuale. Mancano so-

prattutto, a detta degli operatori del settore, i reparti di terapia semi-intensiva per il proseguimento delle cure: in tal modo i tempi di degenza in T.I. si allungano e meno letti restano a disposizione per nuovi ricoveri.

Più in generale, quello che sembra mancare nel nostro Paese è la cultura dell'emergenza: troppo spesso si corre ai ripari dopo che gli avvenimenti sono precipitati, sulla spinta dell'onda emotiva o delle pressioni della stampa; raramente le cose sono programmate in modo da fronteggiare le situazioni di emergenza e prevenirne le conseguenze più gravi. In un periodo di recessione economica, in cui si invocano tagli al bilancio pubblico, ed in particolare alla sanità, c'è il fondato timore che a farne le spese saranno proprio quei cittadini — e chiunque di noi può essere fra essi — che in un momento critico avranno bisogno di un intervento rapido, competente ed efficiente che possa salvare la vita.

GENERALITÀ SULL'ORGANIZZAZIONE DELLA TERAPIA INTENSIVA

Di pari passo con il progresso nelle tecniche di rianimazione è divenuto possibile trattare pazienti notevolmente compromessi nelle loro funzioni vitali determinando la necessità di reparti specializzati nella terapia intensiva.

In queste unità sono necessari personale, attrezzature e ambienti particolarmente specializzati in funzione del tipo di assistenza necessaria. Ne deriva la necessità di una particolare preparazione del personale medico e infermieristico, di un numero più elevato di infermieri e di mezzi tecnici più sofisticati che in un normale reparto di degenza. Ne conseguono costi sociali assai maggiori sia per la gestione che per la formazione del personale.

Il numero e il tipo di reparto di terapia intensiva vanno perciò attentamente programmati in base alle reali necessità: densità di popolazione, ambienti lavorativi o naturali a rischio, densità di traffico stradale e soprattutto presenza o possibilità di creare centri coordi-

nati ove le varie urgenze possono essere affrontate da più specialisti. Per esempio i centri autorizzati all'espanto di organi dovrebbero disporre di una rianimazione neurochirurgica nella quale possa essere assistito il potenziale donatore che è sempre un paziente in coma irreversibile. I grandi traumatizzati della strada o del lavoro rappresentano un grave problema poiché possono essere presenti sia in grandi città che in zone periferiche industrializzate o con traffico stradale intenso e spesso necessitano di un approccio multidisciplinare in cui collaborino rianimatore, chirurgo, ortopedico, neurochirurgo, internista. Altri centri, come quello per grandi ustionati o antiveneni, assai dispendiosi, andrebbero organizzati in modo tale da ridurre al minimo i tempi di degenza avendo a disposizione reparti subintensivi in cui gestire i tempi di recupero o di guarigione, a volte lunghi, liberando l'unità intensiva per altre urgenze.

Al di là delle questioni di politica sanitaria, il reparto di terapia intensiva deve essere organizzato secondo criteri razionali per poter individuare e assistere il paziente critico.

Viene definito paziente critico un soggetto con funzioni vitali gravemente compromesse o a rischio di compromissione, cui un appropriato e tempestivo intervento può salvare la vita.

Un centro di terapia intensiva è un ambiente nel quale il paziente critico viene assistito in base alle sue particolari necessità, dotato di strumenti organizzativi, di attrezzature, materiale e personale idoneo ed in misura adeguata. Purtroppo esistono a tutt'oggi centri definiti impropriamente "terapie intensive" nei quali mancano pompe d'infusione, respiratori, ed altri presidi indispensabili a seconda della specialità, e in quasi tutti gli altri il personale è insufficiente, sovraccarico di lavoro, spesso proveniente da altri reparti senza opportuna preparazione.

Numerosi studi sono stati intrapresi per definire il tipo di prestazione di una terapia intensiva, il tipo di pazienti che vi affluiscono, le

necessità minime richieste. Questo sforzo di definizione ha dato luogo ai cosiddetti standard, che sono dei modelli di riferimento orientamento, indirizzo e controllo della qualità dell'assistenza sia in termini di comportamento professionale sia in termini di tecnologia e strumentazione necessaria.

The Society of Critical Care Medicine americana ha stabilito i requisiti minimi indispensabili per definire una unità di cure intensive:

- 1) possibilità di cura per pazienti gravemente malati e/o potenzialmente gravemente malati;
- 2) infermieri professionali specializzati e addestrati;
- 3) servizi di supporto appropriati ed efficienti;
- 4) un direttore medico qualificato;
- 5) servizi tecnici e possibilità di consultazione per tutte le specialità mediche di rilievo e di personale ausiliario qualificato.

Riguardo alle possibilità di cura e di monitoraggio intensivo tutte le Terapie intensive devono garantire:

- a) rianimazione cardiopolmonare;
- b) assistenza respiratoria compresa intubazione e ventilazione meccanica;
- c) sistemi di erogazione di ossigeno e possibilmente terapisti della respirazione qualificati;
- d) posizionamento di pace-maker cardiaco temporaneo d'emergenza;
- e) continuo monitoraggio ECG;
- g) servizi di laboratorio rapidi, completi e specifici;
- h) servizi di supporto nutrizionale;
- i) interventi terapeutici calibrati con pompe di infusione;
- l) tecnologia specializzata basata sulla particolare condizione dei pazienti ricoverati;
- m) equipaggiamento di supporto portatile da usare per il trasporto dei pazienti.

Sono inoltre richiesti un direttore infermieristico qualificato e un rapporto infermiere-malato di almeno 1:3; nella maggioranza dei casi tale rapporto dovrà essere di 1:2 e in alcuni casi di 1:1 e addi-

rittura di 2:1. Lo staff infermieristico dovrà essere orientato e addestrato prima di assumere responsabilità per la cura del paziente e dovrà partecipare a periodici corsi di perfezionamento.

Di seguito sono riportati i requisiti raccomandati dalla Society for Critical Care Medicine per una unità di Cura intensiva, divisi in obbligatori, auspicabili e facoltativi (elenco modificato).

1) *Attrezzatura obbligatoria* (tutti i Centri):

monitor ECG con allarmi, elettrocardiografo, monitor della pressione arteriosa cruenti e non cruenti, monitoraggio della pressione venosa centrale, sonde nasogastriche per aspirazione e alimentazione, strumenti necessari per mantenere la ventilazione (laringoscopi, tubi endotracheali, etc.), strumenti per ventilare (Ambu, ventilatori, ossigeno, etc.), strumenti per la rianimazione (defibrillatori e farmaci per l'emergenza), strumenti per il mantenimento della perfusione (pompe d'infusione, linee, cateteri vari, spremisacca, etc.), monitor trasportabile, letti articolati con possibilità di illuminazione adeguata, aspiratore, bilancia, pace-maker cardiaco temporaneo, monitoraggio della temperatura, monitoraggio della pressione arteriosa polmonare, monitoraggio della c.o., monitoraggio dell'O₂ inspirato per ciascun respiratore, capnometro, monitor transcutaneo dell'O₂ o assimetro a polso.

2) *Attrezzatura auspicabile* (a seconda del tipo e delle dimensioni dei Centri):

Consolle centrale con stampante azionabile su allarme o a richiesta, monitoraggio intracranico, set per drenaggio toracico, sonde di Blakemore-Sengstaken, possibilità di dialisi, broncoscopi, C-PAP, letti con funzioni particolari ad es. Clinitron, ecografi, ecocardiografi, fluoroscopio, diafanoscopio, TAC.

3) *Attrezzatura facoltativa* (grandi Centri specializzati):

Ossigenazione extracorporea a membrana, pompe cardiache extracorporee, camera iperbarica, sistemi computerizzati di elaborazione dati, pallone intraaortico, attrezzatura ortopedica, ecc.

La stessa società americana ha dettato le linee guida per la progettazione e la realizzazione di centri di terapia intensiva. In generale devono essere concepiti come unità separate, autonome ma collegate con tutte le specialità presenti. Possono configurarsi come unità aperte o chiuse. Esse devono disporre di adeguati spazi, muri piombati, illuminazione naturale e artificiale, un ambiente confortevole e riposante, dal colore delle pareti ai rumori che devono essere tenuti al minimo indispensabile, alla presenza della radio e/o della televisione, orologi, calendari, lampade per leggere, comodini, armadietti. Tutti i pazienti devono essere facilmente visualizzabili dall'infermiere o in modo diretto o tramite telecamere a circuito chiuso. Ciascun letto deve disporre di una colonna con almeno 11 prese di corrente, attacchi per ossigeno, aria compressa, aspiratore, lampada mobile; in ogni stanza deve essere presente materiale di prima necessità (sondini da aspirazione, fleboclisi, cerotti, garze, aghi e siringhe, elettrodi, fisiologica di lavaggio, Ambu e maschera, etc.).

Tutti i sistemi di monitoraggio dovrebbero essere collegabili fra di loro e con il computer centrale dell'Ospedale per poterli elaborare e confrontare con esami precedenti aggiornando la scheda paziente in tempo reale.

In ogni stanza deve essere presente un bagno con lavandino; ove ci siano camere sterili con bagno, questo deve essere usato da un solo paziente.

Oltre alle zone di degenza e alla centralina di rilevazione, l'unità deve comprendere una stanza per i presidi da lavare e sterilizzare ed una per quelli puliti utilizzabili, uno smaltimento rifiuti, una cucina, una sala per i medici, una per

gli infermieri, la camera del medico di guardia, i relativi servizi igienici, una sala riunioni, gli spazi pubblici per il ricevimento dei parenti.

Per quanto riguarda la legislatura italiana, il D.P.R. 13 settembre 1988, che definisce gli standards del personale ospedaliero, stabilisce quanto segue:

Art. 3: Unità operative di degenza

A. Terapia intensiva e subintensiva

Sono comprese nella funzione di terapia intensiva le seguenti attività assistenziali: rianimazione;

grandi ustionati;

terapia intensiva cardiologica;

terapia intensiva neonatale;

terapia intensiva post-trapianto.

A.1. Terapia intensiva autonomamente strutturata:

A.1.1. Per un modulo tipo di 8 posti-letto: unità di personale medico: 12;

unità di personale infermieristico: 24.

A.1.2. Per ogni modulo successivo di 8 posti-letto: unità di personale medico: 5;

unità di personale infermieristico: 24.

A.1.3. Per le unità operative di terapia intensiva organizzate in centri polifunzionali di secondo livello e con attività ulteriori quali il centro antiveneni, il trattamento in camera iperbarica e simili: maggiorazioni di organico determinate dalla regione o provincia autonoma in rapporto alle esigenze del centro, avendo riguardo alla complessità della struttura nonché al tipo e alla intensità delle attività ulteriori, dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di fissazione della pianta organica.

A.2. Terapia subintensiva (sia accorpata alla terapia intensiva, sia integrata in altre unità operative):

A.2.1. Per un modulo tipo di 8 posti-letto, anche se distribuiti su unità operative:

unità di personale medico: 3;

unità di personale infermieristico: 12.

Nella realtà molto spesso, le strutture non sono quelle ideali, e la

stessa diversità dei pazienti e delle esigenze territoriali determinano differenti necessità e tipo di organizzazione: l'utilità e le caratteristiche di ogni unità di terapia intensiva vanno valutate e modulate per ogni singolo caso, badando però di non discostarsi troppo dalle linee-guida principali e soprattutto dagli standard minimi richiesti per queste strutture.

CARATTERISTICHE ED ESIGENZE DEL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA

Abbiamo descritto il malato critico come un soggetto in pericolo di vita reale o potenziale che necessita pertanto di una terapia, di un'assistenza e di un monitoraggio dei parametri vitali più intensi che negli altri pazienti.

In questa definizione sono incluse tre caratteristiche fondamentali:

- la presenza di una condizione grave instabile che porta a morte se non opportunamente affrontata;
- il rischio potenziale di gravi complicanze che richiede un'attenta e continua valutazione dei parametri critici;
- la reversibilità della condizione, cioè la possibilità che il monitoraggio e la terapia praticati facciano regredire la condizione critica riportando il paziente alla salute o ad uno stato patologico più stabile.

I progressi della terapia e dell'assistenza hanno prolungato la vita media dei malati anche gravi, portando spesso pazienti anziani con malattie croniche allo stadio terminale alla necessità di terapie di supporto. Tuttavia le strutture sono insufficienti e di conseguenza bisogna operare delle scelte sia nell'ammissione che nella dimissione dei diversi pazienti.

La già citata Society of Critical Care Medicine ha indicato tre priorità che devono guidare l'ammissione di un paziente in terapia intensiva:

- *priorità 1*: pazienti in condizioni critiche instabili che necessitano un trattamento intensivo (ventilazione assistita, farmaci

vasoattivi in infusione continua, ecc.). Esempi di questo tipo di pazienti sono i post-operati a cuore aperto, shock settico o di altro tipo, insufficienti respiratori acuti, emorragie cerebrali, ecc.

- *priorità 2*: pazienti non in condizioni critiche ma che necessitano il monitoraggio e le tecnologie offerte dalla terapia intensiva (pressione arteriosa continua, polmonare, venosa centrale, ecc.). Questi pazienti sono a rischio potenziale con insufficienza cardiaca, polmonare, renale cronica con grave patologia sovrapposta o dopo intervento chirurgico maggiore, etc.
- *priorità 3*: pazienti in condizioni critiche instabili la cui malattia di base da sola o in combinazione con la situazione acuta riduce notevolmente le possibilità di sopravvivenza o di miglioramento. Tali pazienti sono ad esempio malati neoplastici con metastasi complicate da tamponamento cardiaco, grave ostruzione delle vie aeree, pazienti con cardiopatia o broncopneumopatia cronica allo stadio terminale con grave malattia sovrapposta, etc. Questi pazienti dovranno ricevere la terapia intensiva necessaria a superare la fase acuta (intubazione, rianimazione cardiopolmonare, etc.) ed essere rinviiati al più presto al reparto di provenienza o ad un'unità subintensiva.

Oltre a questi tre tipi di pazienti possono essere ricoverati in terapia intensiva, compatibilmente con i posti letto, altri tre tipi di paziente:

- pazienti con segni critici laboratoristici di morte cerebrale, candidati all'espanto, limitatamente al periodo di osservazione legale;
- pazienti coscienti che rifiutano la terapia di supporto;
- pazienti con coma non traumatico in permanente stato vegetativo.

A giudizio della Società questi ultimi pazienti vanno dimessi se si presentano priorità superiori in assenza di posti letto.

I criteri di dimissione per i pazienti a priorità 1 e 3 sono il recupero delle funzioni vitali o il fallimento della terapia in stato agonico; per i pazienti a priorità 2 quando si è superato il rischio critico. Nella Tabella 1 sono riportati i li-

velli di terapia intensiva determinati nella Consensus Conference dei responsabili dei Centri di Area Critica statunitensi nel 1983. La Tabella 2 riporta le cause di ricovero in Terapia intensiva a Parigi nel 1984.

Tabella 1:

Livelli di terapia intensiva	
<i>I Livello</i>	Monitoraggio non invasivo (ECG), capacità di rianimazione arresto cardiocircolatorio, rapporto infermieri/letto = 1/4 - 1/5.
<i>II Livello</i>	Monitoraggio invasivo limitato (es. pressione arteriosa), capacità di rianimazione arresto cardiocircolatorio, capacità di gestione di ventilazione meccanica, rapporto infermieri/letto = 1/3.
<i>III Livello</i>	Unità con scopi specifici o multipli (es. rianimazione respiratoria, neurologica, cardiologica). Monitoraggio invasivo esteso, interventi terapeutici decisi su tale monitoraggio. Ventilazione meccanica. Rapporto infermieri/letto = 1/2.
<i>IV Livello</i>	Rianimazione a propositi multipli, attività di ricerca e di insegnamento, monitoraggio invasivo, interventi terapeutici ordinari e straordinari. Rapporto infermiere/letto = 1/1 o superiore.

Tabella 2:

Cause etiopatologiche che hanno portato alla necessità di una rianimazione.	
Cause cardiologiche	52%
Cause traumatologiche	24%
Cause neurologiche	12%
Cause infettive	8%
Cause chirurgiche	4%

Tabella 3:

Fattori di disturbo per il paziente in T.I.	
<i>A) Fattori extrapersonali (ambientali)</i>	Ammissione in Terapia Intensiva, atmosfera di pericolo, presenza di monitor, frequenti prelievi di sangue, perdita di controllo e di comprensione, terapia infusione, sonde, cateteri, non poter fumare, immobilità, letto duro, temperatura, luce, rumore, voci, privazione del sonno, privazione del sensorio.
<i>B) Fattori interpersonali</i>	Regolamento dell'orario di visita, conversazione dello staff, eccessiva o inefficace interazione infermiere-paziente, isolamento, mancanza di spiegazioni.
<i>C) Fattori intrapersonali (psicologici)</i>	Psicosi acute, malattie psichiatriche, ansia, agitazione, depressione, ostilità, rifiuto, paura.
<i>D) Fattori fisiologici</i>	Aritmie cardiache, squilibri idro-elettrolitici, febbre, dolore, infezioni, polmoniti, dispnea, insonnia, inappetenza o bulimia, alterazione dell'alvo.
<i>E) Fattori socio-demografici</i>	Età avanzata o infantile, livello culturale.
<i>F) Altri fattori</i>	Lunghi interventi chirurgici, lunga permanenza, interazioni farmacologiche, anestesia.

L'eterogeneità dei malati richiede a volte tipi di assistenza molto diversa: per ciascuno occorrerà individuare le necessità e garantire la sopravvivenza e il soddisfacimento delle specifiche esigenze.

Ognuno di essi ha bisogni primari da considerare. Nancy Roper individua per ogni uomo attività di vita delle quali vanno considerate le modificazioni per approntare un'assistenza specifica ed individualizzata; tra queste: l'alimentazione, l'eliminazione, il ritmo sonno-veglia, la comunicazione, la sicurezza ambientale, l'igiene personale e l'abbigliamento, la temperatura corporea, la mobilitazione, la respirazione, ecc.

Una volta ammesso in Terapia intensiva il paziente viene sottoposto a svariati trattamenti che oltre ad essere terapeutici influiscono notevolmente sul suo equilibrio psico-fisico. Le alterazioni più frequenti dipendono dalla modificazione dell'ambiente circostante, dai diversi ritmi vitali (sonno-veglia, orario pasti, eliminazione non autosufficiente, etc.), dalla presenza di rumori (allarmi, voci, lamenti, macchinari, etc.), dalla vicinanza di altri malati gravi, dalla presenza di una quantità di presidi diversi (cateteri, linee infusive, sondini, tubi endotracheali, drenaggi, etc.) che limitano notevolmente i movimenti, la possibilità di espressione del paziente; dalla lontananza dei familiari, dalla coscienza di essere in condizioni critiche. Tutto ciò influisce sullo stato psicofisico del paziente e può causare disorientamento, negativismo, depressione, anoressia, agitazione psicomotoria, catatonìa, riduzione della memoria, iperriflessia, insonnia, ansia.

Indipendentemente dalle complicanze, il tipo di assistenza erogata altera l'equilibrio biologico con effetti sull'apparato gastroenterico (stipsi, ulcere da stress, spasmi pilorici, etc.), sull'apparato respiratorio (diminuzione del volume corrente e del consumo di ossigeno, tachipnea), sul sistema endocrino (soprattutto sull'asse ipofisurrene-tiroide e sulla secrezione adrenalinica), sull'apparato circolatorio (ipotensione, ipertensione,

alterazione dei riflessi vasomotori, etc), sul sistema nervoso (riduzione dei tempi di reazione, iperreflessia, alterazioni EEG, etc.), sul sistema immunitario (riduzione delle difese e dell'immunocompetenza, etc).

La complicità principale è costituita dalle infezioni, particolarmente gravi perché contratte in ambiente ospedaliero da pazienti defedati e perché spesso sono sep-

si a partenza da catetere intravasale. Frequenti sono anche le polmoniti e le infezioni delle vie urinarie, in molti casi con flora batterica mista e quindi resistenti a diversi antibiotici.

La Tabella 3 individua i più frequenti fattori di disturbo per il paziente; nella Tabella 4 le cause di stress sono ordinate secondo una scala soggettiva dei pazienti ricoverati.

Tabella 4:

Cause di stress ordinate secondo gli indici di punteggio medio dello stress	
Cause	indice del p.m.s.
aver dolore	2.313
non potersi muovere liberamente	2.313
frequenti interruzioni del sonno	2.125
avere sete	2.000
avere troppi "tubi"	2.000
subire interventi chirurgici importanti	1.875
essere ventilati o in ossigenoterapia	1.813
frequenti prelievi di sangue	1.719
avere vie infusive nel braccio	1.500
perdere la cognizione del tempo	1.491
temperatura sconsigliata	1.469
medici e infermieri che parlano del paziente invece che al paziente	1.409
essere connessi ad un monitor	1.250
non avere spiegazioni sulla terapia	1.219
troppo rumore	1.188
limitazione alle visite di parenti e amici	1.125
essere visitati da troppi medici ed infermieri	1.094
troppa luce	1.063
perdita della privacy	1.063
impossibilità di vedere "fuori"	0.938
non poter fumare	0.844
sentire lo staff parlare di altri pazienti	0.740

Scala a punti dello stress:
 0 = non stressante; 1 = lievemente stressante;
 2 = moderatamente stressante; 3 = molto stressante

L'INFERMIERE PROFESSIONALE IN TERAPIA INTENSIVA

Secondo l'American Association of Critical Care Nurse "l'attività infermieristica di terapia intensiva è un processo dinamico, il cui ambito è definito tra i termini del paziente ad alto rischio, dell'infermiere di terapia intensiva e dell'ambiente nel quale il nursing di terapia intensiva viene fornito; tutta e tre queste componenti sono elementi essenziali per la pratica del nursing di terapia intensiva".

L'infermiere di terapia intensiva è un infermiere professionale abilitato che si impegna a garantire che tutti i pazienti critici ricevano l'assistenza ottimale. Per ottenere ciò è necessaria innanzitutto una formazione specifica, una attenta definizione dei compiti di assistenza, organizzazione del lavoro, educazione e ricerca.

In area critica, l'infermiere rappresenta il momento, la figura privilegiata che riesce a mediare il rapporto tra persona malata, medicina, struttura sanitaria e altri ope-

ratori. Questo perché l'infermiere in area critica è costantemente assieme al malato; perché il malato è in condizioni di instabilità e di dipendenza elevata; perché l'infermiere è il professionista che deve fornire le risposte ai bisogni di assistenza del malato. L'infermiere ha un ruolo essenziale nel determinare la qualità globale dell'assistenza sanitaria. È necessario quindi che l'infermiere sia in grado di adottare costantemente ed in ogni singola situazione le migliori soluzioni ai problemi. A questo scopo non può essere una figura di esecutore di ordini ma deve essere un professionista in grado di utilizzare tutte le proprie conoscenze, abilità ed esperienza. Tuttavia se questa dovrebbe essere la strada da percorrere vi è il problema dei mezzi culturali oltre che legislativi per supportare tale processo. Si individua perciò la necessità di una formazione più specifica per l'area critica, ove le conoscenze di base devono essere il presupposto logico per l'accesso; il programma sviluppi conoscenza, abilità e competenze specifiche; le materie di studio siano orientate alle tecnologie e agli obiettivi tipici dell'area critica; le modalità di insegnamento favoriscano una costante verifica del lavoro svolto e del grado di competenza ed una autonomia decisionale in campo professionale; il tirocinio dovrà essere programmato, guidato, valutato e svolto presso strutture opportunamente attrezzate, con una casistica reale che consenta l'acquisizione di una competenza reale; vengano affrontate le problematiche esistenziali, psicologiche ed interpersonali dei pazienti; e soprattutto vengano forniti gli strumenti metodologici della ricerca, dell'aggiornamento costante, della verifica scientifica della qualità del servizio erogato.

Per quanto riguarda la formazione, sono noti i problemi organizzativi delle Scuole per Infermieri, sono noti i problemi organizzativi delle Scuole per Infermieri Professionali, che molti ritengono vadano ripensate e riorganizzate in un piano di studi più razionale. Tra le varie problematiche va no-

tata l'assenza di corsi di specializzazione, per esempio, per infermieri di Terapia Intensiva e la difficoltà di inserimento in sistemi scolastici esteri per "stage" di perfezionamento o di specializzazione. Alcuni auspicano una formazione permanente con corsi intensivi da tenere annualmente per tutti gli infermieri che già lavorano nelle varie realtà, completati da esame finale ed attestazione di frequenza. L'unificazione europea e la possibilità di interscambio culturale, ma anche lavorativo, con altri paesi, dovrà necessariamente portare ad una equiparazione dei metodi di insegnamento e dei corsi di studio, per consentire lo svolgimento dell'attività professionale e di ricerca in tutta Europa.

L'attività dell'I.P. in area Critica può essere divisa in due tipi:

- attività diretta sul paziente: assistenza di base, manovre peculiari rispetto alla patologia con uso di macchinari e tecnologie particolari, e non ultimo l'instaurazione e il mantenimento di un rapporto interpersonale;
- assistenza indiretta: comprende tutte quelle attività non espletate direttamente sul paziente, ma necessarie per garantire la qualità dell'assistenza e il normale andamento del Reparto.

Il punto di partenza per questa attività è la centralità della persona e la globalità dell'assistenza, cioè il tenere conto di tutti i problemi reali e potenziali del paziente. A questo riguardo non dobbiamo dimenticare anche il supporto ai familiari, in quanto condizionante in misura più o meno importante l'andamento clinico del paziente. Senza dilungarci sull'aspetto burocratico-amministrativo e di gestione del Reparto, passeremo in esame tutto l'iter assistenziale del paziente dalla fase di accoglimento alla dimissione.

Il ricovero in T.I. può essere non programmato, per eventi improvvisi, all'interno o, al di fuori dell'ambito ospedaliero, o programmato in fase perioperatoria per interventi di particolare impegno. La fase di accoglimento in realtà spesso non è considerata nella determinazione del carico di lavoro,

sebbene alcuni studi dimostrino un carico di lavoro notevole, particolarmente se non esiste un protocollo di trasferimento in terapia intensiva dei pazienti che affluiscono al Pronto Soccorso. Nella fase di accoglimento possono esservi notevoli differenze tra paziente e paziente a seconda della gravità e dell'urgenza: tuttavia quando è possibile è opportuno:

- rassicurare il paziente al momento dell'ingresso, spiegando adeguatamente dove è e perché;
- orientarlo chiaramente nel tempo e nello spazio e sulle persone che vede attorno. Quando possibile, ragguagliarlo sulle attrezzature presenti e sugli allarmi;
- fornirgli informazioni riguardo alle regole del reparto (orari, visite dei parenti, possibilità di radio, televisioni, servizi, barbiere, ecc.);
- verificare sempre se il paziente ha problemi di vista, udito, se usa protesi dentarie, ecc.;
- assicurare l'igiene della cute, cavo orale, mucose per permettere l'applicazione di strumenti di monitoraggio, oltre che per il benessere del paziente e per consentirne l'osservazione. Viene in genere fornito un camice del reparto, che verrà cambiato regolarmente;
- applicare gli strumenti di monitoraggio, alcuni dei quali di norma (monitoraggio ECG, manico pressione), altri secondo le indicazioni del medico;
- eseguire prima terapia, incannulazione vena periferica e/o esami ematochimici su prescrizione medica;
- altre manovre necessarie a seconda della patologia (broncoaspirazione, allestimento pompa infusione, ecc).

Nella fase successiva, l'infermiere si incarica quotidianamente dell'assistenza di base, mobilitazione, somministrazione della terapia, medicazioni, controllo dei vari monitoraggi, dei parametri vitali e dello stato di coscienza, controllo e ricambio delle linee di infusione e delle apparecchiature di rilevazione, sonde, cateteri, respiratori, umidificatori, eventuali esami ematochimici o strumentali diret-

tamente eseguiti o richiesti. La peculiarità della T.I. è il continuo, spesso rapido cambiamento delle condizioni del paziente, per cui l'infermiere deve esercitare una sorveglianza particolare e prendere decisioni tempestive.

Terminata la fase più critica, inizia il periodo della riabilitazione e della graduale ripresa di attività del paziente. A questa fase appartengono lo "svezzamento" dal respiratore, la rieducazione neuromuscolare, la ginnastica vescicale, ecc. Se il paziente supera la fase critica verrà dimesso o trasferito ad altro reparto: gli verranno quindi illustrati il suo stato attuale di salute, il programma terapeutico, le sue condizioni di vita, la dieta, le modalità di assunzione di farmaci, le scadenze future per le visite e gli esami di controllo.

Ciò che rende così speciale la Terapia Intensiva non è tanto la presenza di apparecchiature sofisticate o di ambienti particolari, ma il sapere che la vita del paziente dipende dalla rapidità e dall'accuratezza delle valutazioni e delle decisioni, il senso di responsabilità che ne deriva e la soddisfazione che dà un intervento riuscito. Da quanto detto emerge un identikit dell'infermiere di terapia intensiva:

- un professionista con una adeguata preparazione di base e specifica;
- una persona motivata e con un particolare interesse per il proprio lavoro;
- una persona dotata di una buona capacità di sintesi, cioè di inquadrare i problemi e individuare i fattori dando ad ognuno la relativa importanza;
- una persona capace di decisioni rapide, razionali e responsabili;
- una persona con iniziativa, adattabilità, comunicatività, capacità di lavorare in gruppo;
- una persona capace di organizzare razionalmente il proprio lavoro, di discutere e rivedere con il metodo scientifico le sue conoscenze e il suo operato;
- un soggetto emotivamente stabile, capace di non "perdere la testa" e di separare la sua capacità di comprendere e comunicare con il paziente dal proprio coinvolgimento affettivo.

Abbiamo già considerato il D.M. 13 settembre 1988 sugli standard di riferimento per il personale ospedaliero: esso costituisce un passo avanti rispetto al D.P.R. 128/69, perché segue un modello che tiene conto della divisione di specialità in base alle caratteristiche patologiche, non considerando solo il numero di posti letto. Tuttavia non viene ancora considerato il grado di dipendenza del paziente a cui si allaccia l'elaborazione del lavoro secondo piani di assistenza. Sono stati comunque studiati diversi metodi per il calcolo del fabbisogno di personale infermieristico in area critica:

- il minutaggio è il sistema più semplice, generalmente seguito dalle istituzioni italiane.
- TISS (Therapeutic Intervention Scoring System): tiene conto della gravità clinica del paziente, non sempre correlata con l'impegno assistenziale.
- NISS (Nursing Intervention Scoring System): classifica 108 interventi infermieristici.
- TOSS (Time Oriented Scoring

System): simile al minutaggio, ma più accurato, ancora allo studio.

- Categorie di dipendenza: classifica i pazienti in base ai livelli di assistenza richiesti.

Tutti questi metodi si preoccupano di giungere al tempo di assistenza infermieristica ma non si addentrano a ricercare la qualità delle prestazioni erogate e la pianificazione dell'assistenza. In realtà questi sono parametri difficili da valutare, ma irrinunciabili: costituiscono il criterio ultimo su cui fondare il numero e il tipo di organico di un reparto.

I metodi quantitativi, che minuziosamente misurano l'attività infermieristica con elenchi interminabili di azioni, interventi, minuti/paziente, ecc. per decidere quanti infermieri sono necessari ad un reparto non tengono conto dell'organizzazione e dell'efficacia della prestazione erogata che è in realtà ciò che si vuole garantire ai pazienti. Indicativo è il fatto che non esistono parametri o singole attività per interventi medici, e che la de-

terminazione dell'organico medico non tiene conto di punteggi legati a tempi e procedure. Ciò è probabilmente legato alla concezione infermiere = esecutore, medico = attività intellettuale, che riduce l'assistenza a prestazioni ed interventi che "devono" essere fatti, non importa se bene o male, responsabilmente o solo in esecuzioni di ordini ricevuti. Ciò non vuol dire che si debba rinunciare a stabilire la necessità di organico su criteri scientifici: è possibile determinare standard di qualità di vita da garantire ai pazienti in area critica e agli infermieri che li assistono, livelli di prestazione e conseguentemente numero e competenza di infermieri necessari, numero e criteri di ammissione dei pazienti nel reparto.

Agnès Jacquerye si è molto occupata della definizione della valutazione di qualità dell'assistenza infermieristica (VQAI) e ne ha descritto i diversi metodi adottati nei Paesi anglosassoni. La tabella 5 ricapitola e confronta i 4 metodi di VQAI più utilizzati.

Tabella 5:

Ricapitolazione dei 4 metodi di valutazione globale dell'assistenza infermieristica

(A. JACQUERYE, *Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica*, USES, Firenze 1987, pagg. 198-199)

Elementi di base	Il controllo dell'A.I. attraverso l'esame della cartella «nursing audit Phaneuf»	Scala di qualità delle cure prestate al paziente «Qualpac» Wandelt e Ager	La valutazione della Q.A.I. «Rush-medicus» Jelinek, Haussmann, Hegyary, Newmann	Sviluppo dei criteri di misura dell'A.I. Horn e Swain
I CONCETTO E APPLICAZIONE <i>Quadro di riferimento</i> <i>Orientamento</i> <i>Inventario dei criteri</i> <i>Popolazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> • modello del processo inf. • funzioni legali della professione • semplice processo • 7 classi (50 criteri) • norma: eccellente • eterogeneità di pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> • scala di competenza dell'inf. (Wandelt e Stewart) • semplice processo • 6 classi (68 criteri) • norma: perfetto • eterogeneità di pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> • modello di sistema di assistenza • semplice processo • 6 classi (260 criteri) • norma: criterio • popolazione adulta (medico-chirurgica e cure intensive) • popolazione di neonati • classificazione secondo il grado di dipendenza dei malati (4 categorie) 	<ul style="list-style-type: none"> • teoria dell'assistenza di Horem • semplice risultato • classi (539 criteri) • norma: livello atteso • popolazione adulta medico-chirurgica • classificazione secondo la diagnosi medica (90 classi)
<i>Campione</i>	<ul style="list-style-type: none"> • se il numero di partenze <50 = esame di tutte le cartelle • se il numero >50 = campione aleatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • selezione pazienti osservabili dopo scelta aleatoria • minimo 5 pazienti o 15% dei pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> • strati poi scelta aleatoria • ± 20 pazienti o 10% del censimento dei pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> • aleatoria
<i>Raccolta dei dati</i> <i>Aspetto generale</i> <i>Scelta del modo di raccolta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • approccio retrospettivo • cartelle 	<ul style="list-style-type: none"> • approccio prospettico • osservazione • esame della cartella 	<ul style="list-style-type: none"> • approccio prospettico • osservazioni (par., pers., inf., unità) • Interviste (par., pers. inf.) • cartella • infermiera (e) 	<ul style="list-style-type: none"> • approccio prospettico • osservazione • misura funzioni psicologiche • intervista • infermiera (e)
<i>Investigatori</i>	<ul style="list-style-type: none"> • membro del comitato di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • infermiera (e) 	<ul style="list-style-type: none"> • infermiera (e) 	

Segue

Elementi di base	Il controllo dell'A.I. attraverso l'esame della cartella «nursing audit Phaneuf»	Scala di qualità delle cure prestate al paziente «Qualpacs» Wandelt e Ager	La valutazione della Q.A.I. «Rush-medicus» Jelinek, Haussmann, Hegyuary, Newmann	Sviluppo dei criteri di misura dell'A.I. Horn e Swain
<i>Investigatori</i>	<ul style="list-style-type: none"> • infermiera clinica più competente • esercizi di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • assistenza al programma di formazione-esercizi • tassi di applicabilità accettabili 	<ul style="list-style-type: none"> • assistenza al programma di formazione esercizi • tassi di affidabilità accettabili (da • 85) 	<ul style="list-style-type: none"> • assistenza al programma di formazione + esercizi • tassi di affidabilità accettabili
<i>Applicazione sul campo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • coordinatore: presidente del Comitato di Valutazione, attribuzione di 10 cartelle ad ogni membro (5) • compiti amministrativi effettuati da una segretaria • applicazione di 50 criteri 	<ul style="list-style-type: none"> • coordinatore non esplicito • designazione da 4 a 5 pazienti da osservare dall'investigatore nei momenti in cui ha numerose interazioni • applicazione dei 64 criteri 	<ul style="list-style-type: none"> • coordinatore: <ul style="list-style-type: none"> - pianificazione mensile delle osservazioni, numero di osserv./unità, data ed ora di oss. - ricevimento della classificazione dei pazienti, scelta aleatoria dei paz. - campione aleatorio di criteri specifici alla categoria dei pazienti ± 60 criteri/paziente • 1 h/paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • coordinatore: pianificazione delle osservazioni
<i>Analisi e interpretazione dei risultati</i>	<ul style="list-style-type: none"> • da 15 a 20 cartelle 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 h: osservazione • 1 h: esame della cartella 		<ul style="list-style-type: none"> • 1 h/paziente
<i>Scala di misura</i>	<ul style="list-style-type: none"> • sì - no - dubbio (non applicabile) 	<ul style="list-style-type: none"> • perfetto - intermedio - medio - intermedio - mediocre - non applicabile - non osservato 	<ul style="list-style-type: none"> • no - sì - non applicabile (si talvolta, spesso, sempre) 	<ul style="list-style-type: none"> • corretto - scorretto, non sa o non applicabile • corretto - scorretto - a volte corretto e scorretto - non applicabile o non sa
<i>Rappresentazione dei risultati</i>	<ul style="list-style-type: none"> • risultati globali/mese 	<ul style="list-style-type: none"> • risultati globali 	<ul style="list-style-type: none"> • risultati globali/mese • risultati per obiettivi • risultati per sotto-obiettivi • risultati per tipo di équipe • risultati per tipo di malati • risultati per tipo di unità 	<ul style="list-style-type: none"> • risultati globali • risultati per categoria di bisogni
II TEST <i>Affidabilità</i> Investigatori	<ul style="list-style-type: none"> • pareri unanimi per la stessa cartella 	<ul style="list-style-type: none"> • 74, • 91, • 64 	<ul style="list-style-type: none"> • 85 	
<i>Strumento</i>		<ul style="list-style-type: none"> test, retest, • 98 test Kuder Richardson, • 96 	<ul style="list-style-type: none"> • test d'omogeneità dei criteri in ogni sotto-obiettivo • test d'omogeneità di ogni obiettivo • test dell'informazione data da differenti scale di misura 	<ul style="list-style-type: none"> • affidabilità dei criteri (concordanza • 80)
<i>Validità</i>		<ul style="list-style-type: none"> • validità di contenuto infermiere cliniche • validità di costruzione • validità concorrente 	<ul style="list-style-type: none"> • validità di contenuto: <ul style="list-style-type: none"> - gruppo di esperti - infermiere cliniche • validità di costruzione • validità concorrente • validità predittiva • analisi della ridondanza • analisi della capacità discriminativa 	<ul style="list-style-type: none"> • validità di contenuto: <ul style="list-style-type: none"> - gruppo di esperti - infermiere cliniche • validità di costruzione
<i>Sensibilità</i>			<ul style="list-style-type: none"> • 19 ospedali 	
<i>Generalizzazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ospedali universitari • centri di assistenza inf. a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> • ospedale • ospedale universitario • case di riposo 		
<i>Costo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • avvio: 40 h/esaminatore 5x40 h=200 h di personale • applicazione di routine/mese = ±35 h/mese per 50 cartelle 	<ul style="list-style-type: none"> • avvio: 20 h/osservatore • applicazione di routine 3h/paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • ± 1000 dollari/mese/istituzione ossia 150 dollari/mese/servizi 	

In questo capitolo tutto dedicato all'infermiere che opera in area critica, alla molteplicità delle cose che è chiamato a pensare e a fare per

“l'altro”, non possiamo tralasciare l'universo personale dell'I.P.: quali sono le sue reazioni psicologiche ed emozionali nel suo delica-

to compito? In generale l'uomo sarà più o meno soddisfatto nella misura in cui vi è armonia o disarmonia tra i bisogni che prova e le sol-

lecitazioni che il lavoro fornisce. Nel caso peculiare del nursing si può evidenziare come l'infermiere professionale vive il proprio lavoro tenendo conto del rapporto tra aspettative, immagine di sé, e la reale situazione lavorativa, intesa come un insieme di richieste che l'ambito lavorativo gli rivolge. Ogni operatore cerca di ottenere una sensazione di efficienza e di efficacia nel proprio lavoro. Se questo viene ostacolato, l'autostima ne è minacciata e si innescano meccanismi di difesa, con conseguente stress lavorativo che determina frustrazione, depressione, disaffezione al lavoro. Gli operatori devono essere consapevoli del loro ruolo; ciò è fondamentale per una sensazione di benessere psicologico, ricavabile dal proprio lavoro. Alcuni ricercatori si sono molto occupati di questo fenomeno, ad esempio delle reazioni emotive del I.P. all'evento emergenza, analizzando quei fattori di ansia ed allo stesso tempo di sicurezza che ne condizionano l'operatività. Questa è solo una parte dell'impegno psicologico dell'I.P.; qui accenniamo solamente al fenomeno del "Burn out", di cui ultimamente si è molto discusso. Da non dimenticare che in T.I. c'è maggior possibilità di stabilire un rapporto più profondo con il paziente. Questo dipende quasi in modo assoluto dall'I.P., il quale ha in mano gli strumenti che lo tengono in vita e partecipa alle decisioni critiche che riguardano la sua esistenza. Tutto ciò può essere estremamente stressante per l'operatore professionale, tuttavia rende più affascinante questa professione. La tabella 6 analizza i fattori definiti "di sicurezza" e "di ansia" nell'intervento dell'infermiere in area critica.

PROTOCOLLI: TEORIA ED APPLICAZIONI

Negli ultimi anni la professione infermieristica si è adeguata ad un radicale mutamento dei sistemi di lavoro.

L'applicazione delle tecniche manageriali, di nuovi schemi produttivi e l'ingresso dell'informatica

Tabella 6:

Elementi di ansia e di sicurezza nell'intervento dell'infermiere professionale in area critica

I: Fattori connessi a paziente e situazione

A: Fattori di sicurezza: sono elencati in ordine decrescente di importanza

1. Tipo di paziente: età (esclusi bambini e adolescenti), sesso, ecc.
2. Condizioni cliniche del paziente: arresto circolatorio, stato di incoscienza, cianosi, pallore, insufficienza respiratoria acuta, agitazione psicomotoria.
3. Controllo della situazione, per quanto dipende dal singolo I.P.: definizione precisa dei compiti, abitudine a lavorare secondo protocolli, responsabilità dal rifornimento del materiale, preavviso dell'emergenza, uso di strumenti abituali, conoscenza dell'ambiente di lavoro, conoscenza dei colleghi, collaborazione con Altri servizi, ecc.
4. Certezza della situazione, per ciò che non dipende direttamente dall'I.P.: conoscenza dell'ubicazione degli strumenti, controllo del funzionamento delle attrezzature, conoscenza dell'ambiente di lavoro, conoscenza dei colleghi, collaborazione con altri servizi, ecc. La differenza tra i fattori 3 e 4 dipende dalla responsabilità dell'I.P.
5. Reazione percettiva dell'aspetto del paziente: amputazioni traumatiche, politraumatismi, ustioni, ferite, ecc.
6. Autodifesa: malattia infettiva potenzialmente pericolosa.
7. Esposizione: presenza di parenti o amici del paziente e/o di estranei.
8. Paziente bambino.
9. Inappropriatezza della reazione del paziente: esagerazione o sottostima della gravità della propria condizione.

B: Fattori di ansia, sempre in ordine decrescente.

1. Reazione emotiva al paziente: amputazioni o ferite, malattia infettiva, gravità della patologia, agitazione psicomotoria, ecc.
2. Controllo della situazione.
3. Condizioni cliniche del paziente, indipendentemente dall'aspetto o dall'agitazione psicomotoria.
4. Certezza della situazione.
5. Tipo di paziente.
6. Esposizione.

5II: Fattori connessi a colleghi e supervisione

A: Fattori di sicurezza

1. Stile della supervisione: comportamento di medici e caposala.
2. Stile informativo: tipo di comunicazione da parte dei responsabili, indicazioni chiare, ecc.
3. Reazioni personali: rapporti di amicizia o simpatia con medici, caposala, colleghi.
4. Affidabilità dei colleghi del servizio: esperienza, autocontrollo, collaborazione, competenza.
5. Percezione di superiorità professionale: competenza, autostima, ecc.
6. Affidabilità degli Altri servizi: competenza e capacità di controllo dei colleghi e del medico.
7. Prevedibilità dei colleghi: anzianità di servizio, esperienza, ecc.
8. Distanza gerarchica dal medico: collaborazione alla pari, confidenza.
9. Competenza del caposala del servizio.

B: Fattori di ansia.

1. Qualità delle relazioni interpersonali: affidabilità dei colleghi, e degli Altri servizi, superiorità professionale, ecc.
2. Qualità della supervisione: comprende lo stile comportamentale e quello informativo.
3. Distanza gerarchica interpersonale: relativa ai superiori, medici, caposala.
4. Stile della supervisione, indipendentemente dallo stile informativo.
5. Imprevedibilità dei colleghi.

nelle pratiche quotidiane hanno influenzato la professione infermieristica.

La figura del singolo infermiere, legato al proprio lavoro da consue-

tudini e tradizioni non si adatta più alle nuove esigenze sociali, che richiedono operatori efficaci, aggiornati e soprattutto che si muovono all'unisono, creando équipes

che lavorino seguendo piani di lavoro organizzati e prestabiliti.

Gli strumenti che permettono di agire, confrontarsi e autocontrollarsi sono gli standard e i protocolli; unito a questi, nella personalizzazione dell'assistenza, assume ruolo rilevante il piano di assistenza.

Prima di addentrarci nel problema, mi sembra fondamentale dare alcune definizioni che, proprio perché definizioni, non hanno la pretesa di essere esaustive.

Gli standard sono il modello qualitativo a cui riferirsi nell'erogare la prestazione infermieristica; un modello di qualità da adattare nell'ambito di una équipe per rendere più facile e valutabile il suo operato; strumenti di orientamento, indirizzo e controllo del comportamento professionale.

Uno standard funge da:

- a) riferimento ottimale;
- b) livello soglia; minimo indispensabile per giudicare accettabile una situazione;
- c) requisito fondamentale;
- d) articolazione dei requisiti fondamentali da cui ricavare i veri e propri criteri.

I protocolli sono definiti come la formalizzazione della successione di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali con le quali l'infermiere (o altro professionista) raggiunge un determinato obiettivo quindi hanno lo scopo di orientare, facilitare e controllare/valutare il comportamento professionale strutturando linee guida operative di tipo trasversale sulle quali poi l'infermiere continuerà i piani di assistenza personalizzati ed individualizzati.

Il protocollo permette di controllare progressivamente il processo di lavoro e le risorse utilizzate, concorre a garantire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato secondo lo standard di riferimento.

Dal protocollo bisogna tener distinto lo strumento procedura il quale permette di stabilire la corretta modalità con la quale espletare un'azione infermieristica (es. la cateterizzazione vescicale), non

un processo di lavoro proiettato al soddisfacimento di un bisogno assistenziale.

Gli standard vengono definiti a livello nazionale o internazionale da esperti nel settore riuniti in commissioni o in "consensus conference", raccogliendo ed elaborando dati emersi da sperimentazioni o da esperienze diverse. Alcuni standard vengono stabiliti per legge e fungono da riferimento per ogni singolo centro. Da anni sono al lavoro in Europa commissioni di infermieri che tentano di definire standard assistenziali per gruppi di pazienti con problemi simili.

I protocolli nascono dalla necessità di razionalizzare i processi di assistenza e di ricerca in campo infermieristico, per potere confrontare le esperienze e valutare i risultati nella coscienza della professionalità e del rigore scientifico oggi necessari. L'elaborazione e la successiva applicazione dei protocolli permette:

- ai singoli operatori di confrontarsi sui diversi metodi di lavoro;
- di uniformare i metodi di lavoro di tutti i componenti dell'équipe;
- di promuovere l'aggiornamento e migliorare la conoscenza dei principi scientifici;
- di valutare la qualità dell'assistenza;
- di modificare i comportamenti infermieristici errati;
- di garantire la qualità delle prestazioni;
- di verificare ed esporre i risultati dell'agire professionale.

I protocolli non devono essere il risultato dell'imposizione di un superiore o di una singola persona, ma il frutto dell'esperienza e dell'esigenza di migliorare l'assistenza da parte di tutti i componenti l'équipe. Sono difficili da preparare perché richiedono impegno, corresponsabilità, coesione, ma solo in questo modo saranno rispettati da tutti. Essi non vanno visti come una guida ad un fare standardizzato e predeterminato, come dei binari che permettono di seguire un cammino corretto, quanto piuttosto un esercizio logico attraverso il quale ci si appropria in mo-

do razionale della pratica, la si scompone in elementi più o meno importanti, in cose note e meno conosciute, in momenti tecnici e in atteggiamenti più soggettivi e personalizzati, la si valuta e la si modifica per renderla sempre più consona alle proprie esigenze personali e ai bisogni dei pazienti. I protocolli diventano così strumenti intrinseci, e non esterni, alla professione, un mezzo di riflessione e ricerca, oltre che una misura del grado di adesione o scostamento da norme.

Ne consegue che i protocolli andrebbero preparati da ogni équipe infermieristica, con la collaborazione attiva di tutti i singoli componenti; devono essere basati su un'attenta rilevazione dei dati locali (dimensione logistica della struttura, effettive risorse umane e materiali a disposizione, concreta necessità di supportare i processi decisionali ed operativi).

Proprio perché basati su dati locali raggiungono un alto livello di efficienza solo se utilizzati nel contesto di appartenenza; non possono cioè avere valenza generale, ma solo locale, a differenza degli standard che hanno valore per tutti i professionisti, qualunque sia il contesto in cui operano.

Vi sono diversi tipi di protocolli, che ricalcano le quattro funzioni fondamentali del nursing: assistenza, organizzazione, educazione, ricerca. Nella preparazione di un protocollo si può ricalcare il processo scientifico del "problem solving":

- a) identificazione del problema: caratterizzazione della situazione di partenza rispetto all'argomento del protocollo, presa di coscienza delle difficoltà esistenti, delle strutture e delle risorse a disposizione, della qualità attuale e di quella stabilita dallo standard di riferimento, delle recenti acquisizioni scientifiche al riguardo, della frequenza ed emergenza del problema nella realtà locale, del costo economico;
- b) obiettivo da raggiungere: delineazione del punto di arrivo del protocollo (cosa migliorare, quanto migliorare, come mi-

gliorare), scopo della ricerca, risultato organizzativo o educativo a cui tendere, identificazione dei responsabili delle varie fasi previste;

- c) interventi da attuare: materiale occorrente (elencazione, preparazione, riordino), successione delle azioni e delle procedure da eseguire, tempo richiesto, persone coinvolte, controlli di qualità;
- d) valutazione: questa fase è successiva alla stesura del protocollo, ma altrettanto necessaria. Il protocollo è uno stru-

mento dinamico, che si va modificando man mano che lo si applica, stabilendo nuovi standard o nuove procedure più efficienti e rispondenti ai bisogni reali.

Per quanto riguarda i protocolli di assistenza è lecito chiedersi a quali situazioni essi vadano applicati. Vi sono procedure universalmente accettate che fanno parte del bagaglio culturale dell'infermiere professionale e non necessitano di protocolli particolari. Vi sono situazioni specifiche in cui l'assistenza va modellata sui bisogni del sin-

golo paziente e il protocollo risulta inapplicabile. In molte altre condizioni è utile formulare ed usare protocolli: accoglimento del paziente, diagnosi, terapia, prevenzione, manutenzione di strumenti e macchinari, verifica del lavoro svolto, ecc.

In conclusione, pensare la propria pratica professionale in termine di protocolli non significa altro che accettare la sfida di passare da una cultura dell'esecuzione, dell'obbedienza, della ripetitività ad una cultura della comprensione, dell'intelligenza e dell'innovazione.

SECONDA PARTE

STUDIO SPERIMENTALE SULL'UTILIZZO DEI PROTOCOLLI IN ALCUNI REPARTI INTENSIVI NELL'AREA MILANESE

Premessa

La realtà infermieristica in area critica a Milano e provincia è assai varia e complessa: accanto a possibilità avveniristiche, tecnologie sofisticate, reparti all'avanguardia esistono problemi annosi di carenza di personale, mancanza di infrastrutture, scarsità di posti-letto e di reparti per il proseguimento delle cure.

Oggi nessuno ormai nega teoricamente le necessità di elaborare protocolli che guidino la gestione dell'assistenza dei pazienti ricoverati, tanto più in reparti dove l'efficienza e la razionalità degli interventi sono indispensabili per garantire la sopravvivenza stessa del paziente. In pratica però ci si scontra con una serie di difficoltà legate alle strutture, alla preparazione individuale, alle differenti modalità di intervento, all'effettivo organico disponibile, alla omogeneità dell'équipe infermieristica, alla presenza ed alla collaborazione con altri reparti e servizi. Mi sono posta di analizzare at-

traverso un questionario inviato agli infermieri professionali impegnati in reparti di area critica l'effettiva utilità dei protocolli in campo assistenziale, preventivo e di ricerca, allo scopo di verificare il loro utilizzo pratico e le loro possibilità applicative. Mi sono preoccupata di accertare l'esistenza di protocolli, il loro campo applicativo e il grado di adesione individuale e collettiva nei vari reparti. Inoltre poiché si ritiene importante che i protocolli non siano "calati dall'alto", ma costruiti insieme da chi li dovrà poi applicare e modellati poi nel tempo secondo le esigenze che via via emergono, ho cercato di studiare il processo di elaborazione e di stesura dei protocolli nei vari reparti.

Materiali e metodi

Nel mese di febbraio 1992 è stato richiesto ai Caposala di 13 Reparti di Area Critica di Milano e provincia di aderire all'iniziativa di una ricerca sui protocolli in forma di questionario anonimo inviato

agli infermieri professionali del reparto (Fig. 1). In caso di risposta affermativa, si inviava il questionario riportato di seguito con acclusa lettera di accompagnamento e spiegazione. Le domande sono state formulate in modo da poter essere analizzate globalmente, con livelli di risposta graduati (in genere 5), lasciando però spazio a risposte più personalizzate su alcuni argomenti. Il limite di 8 domande è stato calcolato per rendere il questionario il più informativo possibile rimanendo in un tempo di compilazione di 5-10 minuti che consentisse un'adesione ottimale. Si è cercato di inserire richieste di elaborazione, ecc.) insieme a valutazioni soggettive (grado di adesione, giudizio di merito sull'utilità, ecc.). Nel rispetto dell'anonimato, le risposte sono state analizzate nell'insieme, confrontando eventuali discordanze all'interno dello stesso reparto. Alla fine sono state lasciate alcune righe vuote per eventuali commenti od osservazioni personali.

Fig. 1

QUESTIONARIO

1) Nel suo Reparto esistono protocolli? [una sola risposta]

- Si, per tutte le situazioni che si presentano
Si, per molte situazioni
Si, solo per alcune situazioni
No, ma ne stiamo elaborando alcuni
No, per nulla

Protocolli di assistenza

- Arresto cardiaco
Trattamento degli accessi venosi e arteriosi
Broncoaspirazione
Accoglimento del paziente
Altro

Protocolli di prevenzione

- Prevenzione delle infezioni respiratorie
Prevenzione della contaminazione degli strumenti
Prevenzione delle piaghe da decubito
Altro

Protocolli di ricerca

- Nuovi trattamenti
Nuove tecnologie
Altro

2) Se qualche protocollo esiste, in che percentuale dei casi in cui vi è indicazione viene applicato? [una sola risposta]

- Sempre (100%)
Spesso (99-75%)
Talvolta (75-50%)

- Raramente (50-25%)
Quasi mai (25-0%)

3) Come sono nati i protocolli esistenti? [una sola risposta]

- Da un'esigenza del Reparto
Su proposta di un collega/Caposala
Su proposta di un medico/Primario
Imposti dall'alto
Non so

4) Su quali basi sono stati formulati i protocolli esistenti?

- Discussione comune
Esperienza di Altri Reparti/Ospedali
Letteratura scientifica
Non so

5) Nella stesura dei diversi protocolli, quali sono state le difficoltà?

- Scarso interesse
Difficoltà a definire il problema
Difficoltà a stabilire gli obiettivi
Difficoltà a decidere gli interventi
Nessuna difficoltà
Altro

6) Secondo il suo parere, come vengono applicati i protocolli? [una sola risposta]

- Bene, da tutti
Bene, da alcuni
Troppo rigidamente
Male, per disattenzione
Male, per disinteresse
Male, per poca chiarezza del protocollo
Altro

7) Esprima un suo giudizio personale sui protocolli esistenti nel suo Reparto

- Sono utili
Sono utili, ma difficili da applicare
Sarebbero più utili se tutti collaborassero

- Sono inutili
Altro (specificare)

8) Perché non esistono protocolli nel suo Reparto?

- Sono considerati inutili: le cose vanno già bene così come sono
Esperienze negative in passato ne hanno fatto perdere l'interesse
Manca l'interesse e la voglia di studiarli
Altro

Considerazioni od osservazioni personali:

Risultati

Dei 13 reparti contattati, 11 hanno risposto positivamente. In 2 casi la Caposala di Reparto ha negato il consenso per "mancanza di tempo". In tutto sono stati inviati 180 questionari a 11 Divisioni di 4 ospedali: Ospedale Bassini - Cinisello Balsamo, Ospedale S. Raffaele - Milano, Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano, Nuovo Ospedale S. Gerardo - Monza. Due Caposala hanno rinviato i questionari non compilati asserendo di non avere alcun protocollo. In totale sono stati compilati 82 questionari da 9 Reparti, con percentuali di risposta dal 30 al 100% (media 50%). La percentuale minima di risposta (30%) si è avuta in un reparto dove la maggior parte dello staff è costituita da infermieri extracomunitari di recente assunzione con problemi di comprensione della lingua italiana o con formazione professionale carente. La tabella 7 riporta i risultati dell'indagine. Le figure 2-9 visualizzano graficamente alcuni risultati.

Tabella 7

Risultati del questionario

N.B.: Vengono riportati a lato di ciascuna domanda il numero N delle risposte. Tra parentesi le percentuali corrispondenti.

(Totale dei soggetti = 82)

1) Nel suo Reparto esistono protocolli?

N (%)	
10 (12)	Sì, per tutte le situazioni che si presentano
34 (41)	Sì, per molte situazioni
29 (35)	Sì, solo per alcune situazioni
9 (11)	No, ma ne stiamo elaborando alcuni
1	No, per nulla

Protocolli di assistenza

N (%)	
35 (43)	Arresto
54 (66)	Trattamento degli accessi venosi e arteriosi
35 (63)	Broncoaspirazione
52 (63)	Accogliimento del paziente
16 (19)	Nutrizione parenterale ed enterale
4 (5)	Defibrillazione
3 (4)	Medicazione
15 (18)	Cateterismo vescicale
10 (12)	Drenaggio toracico
8 (10)	Intubazione
5 (6)	Preparazione farmaci particolari
4 (5)	Assistenza al paziente in V.A.M.
4 (5)	Preparazione dell'ambiente (camera, posto-letto)
4 (5)	Assistenza al paziente trapiantato
4 (5)	Assistenza all'espianto di organi
3 (4)	Monitoraggio emodinamico/cardiocircolatorio
3 (4)	Preparazione paziente per angioplastica/coronarografia
2	Assistenza a pazienti immunodepressi
7 (8)	Non specificato

Protocolli di prevenzione

N (%)	
32 (39)	Prevenzione delle infezioni respiratorie
36 (44)	Prevenzione della contaminazione degli strumenti
44 (54)	Prevenzione delle piaghe da decubito
4 (5)	Fisiokinesiterapia respiratoria e drenaggio posturale
3 (4)	Prevenzione stasi venose
2	infezioni ospedaliere
2	Profilassi anti-scarlattina dei

2	bambini ustionati
	Trattamento antibiotico in grandi ustionati
4 (5)	Non specificato

Protocolli di ricerca

N (%)	
19 (23)	Nuovi trattamenti
13 (16)	Gissi Nursing
4 (5)	Nuove tecnologie
3 (4)	Condom per raccolta urine
2	Trattamento piaghe da decubito
2	Ricerca Troponina

2) Se qualche protocollo esiste, in che percentuale dei casi in cui vi è indicazione viene applicato?

N (%)	
24 (29)	Sempre(100%)
39 (47)	Spesso (99-75%)
9 (11)	Talvolta (75-50%)
3 (4)	Raramente (50-25%)
0	Quasi mai (25-0%)

3) Come sono nati i protocolli esistenti?

N (%)	
50 (61)	Da un'esigenza del Reparto
25 (30)	Su proposta di un collega/Caposala
2	Su proposta di un medico/Primario
0	Imposti dall'alto
2	Non so

4) Su quali basi sono stati formulati i protocolli esistenti?

N (%)	
58 (70)	Discussione comune
33 (40)	Esperienza di Altri Reparti/Ospedali
34 (41)	Letteratura scientifica
3 (4)	Non so

5) Nella stesura dei diversi protocolli, quali sono state le difficoltà?

N (%)	
9 (11)	Scarso interesse
20 (24)	Difficoltà a definire il problema
24 (29)	Difficoltà a stabilire gli obiettivi
12 (15)	Difficoltà a decidere gli interventi
18 (22)	Nessuna difficoltà
3 (4)	Protocolli in elaborazione, per ora non difficoltà
2	Non conoscenza delle tecniche di preparazione
1	Non uniformità tra infermieri
1	Difficoltà ad incontrarsi per turno

1	Non so, non ero presente
1	Non specificato

6) Secondo il suo parere, come vengono applicati i protocolli?

N (%)	
25 (30)	Bene, da tutti
42 (51)	Bene, da alcuni
0	Troppo rigidamente
5 (6)	Male, per disattenzione
4 (5)	Male, per disinteresse
1	Male, per poca chiarezza del protocollo
1	Bene, nella maggior parte
1	Bene in casi scelti, ma non in urgenza

7) Esprima un suo giudizio personale sui protocolli esistenti nel suo Reparto

N (%)	
48 (58)	Sono utili
1	Sono utili, ma difficili da applicare
32 (39)	Sarebbero più utili se tutti collaborassero
1	Sono inutili

8) Perché non esistono protocolli nel suo Reparto?

N (%)	
0	Sono considerati inutili: le cose vanno già bene così come sono
1	Esperienze negative in passato ne hanno fatto perdere l'interesse
5 (6)	Manca l'interesse e la voglia di studiarli
1	Manca la capacità di realizzarli

Considerazioni od osservazioni personali:

A questo invito hanno risposto circa il 50% degli interrogati: in generale emerge la mancanza di collaborazione soprattutto in fase di ideazione. Per alcuni i protocolli hanno dei limiti dovuti all'eccessiva rigidità, per Altri emerge la preoccupazione della rinuncia a "pensare con la propria testa". Alcuni si preoccupano che siano costantemente aggiornati. Molti lamentano di non essere informati su motivo della scelta di certe procedure, e alcuni chiedono di applicare metodologie scientifiche per verificarli.

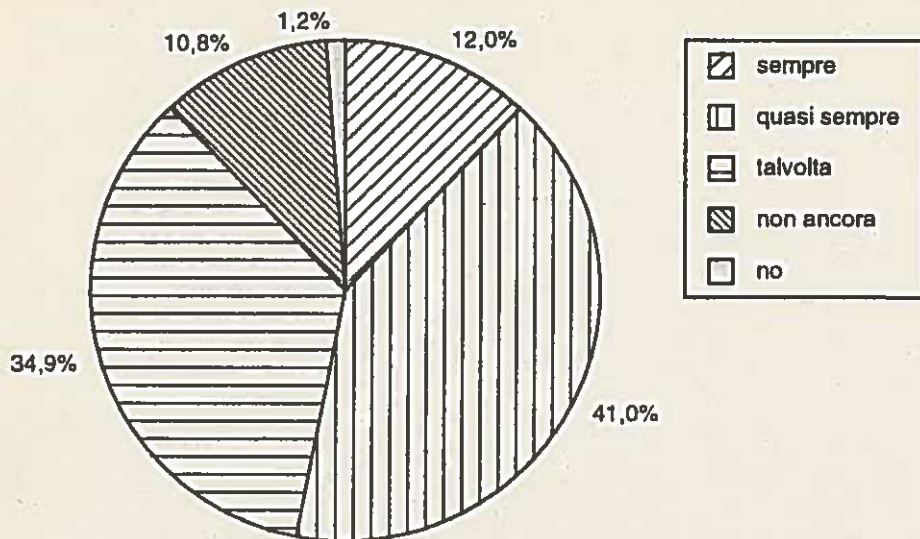


Fig. 2 - Nella sua divisione esistono protocolli?

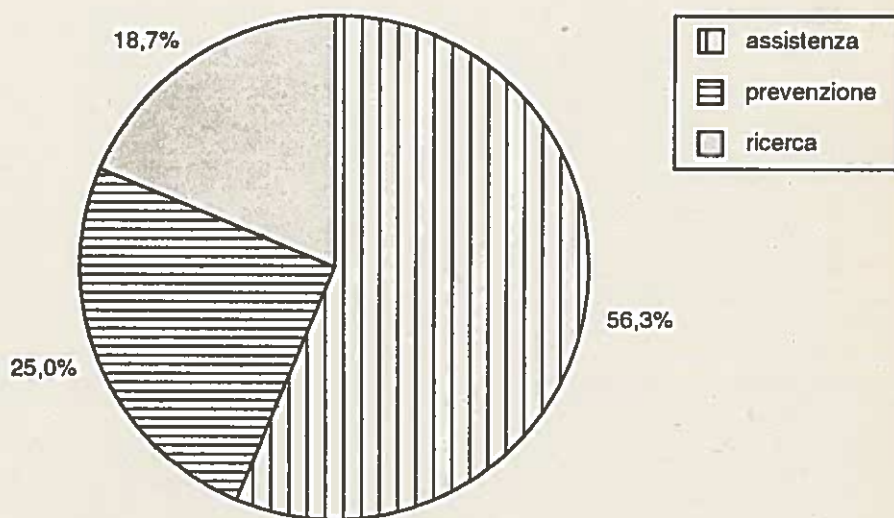


Fig. 3 - Che tipo di protocolli usate?

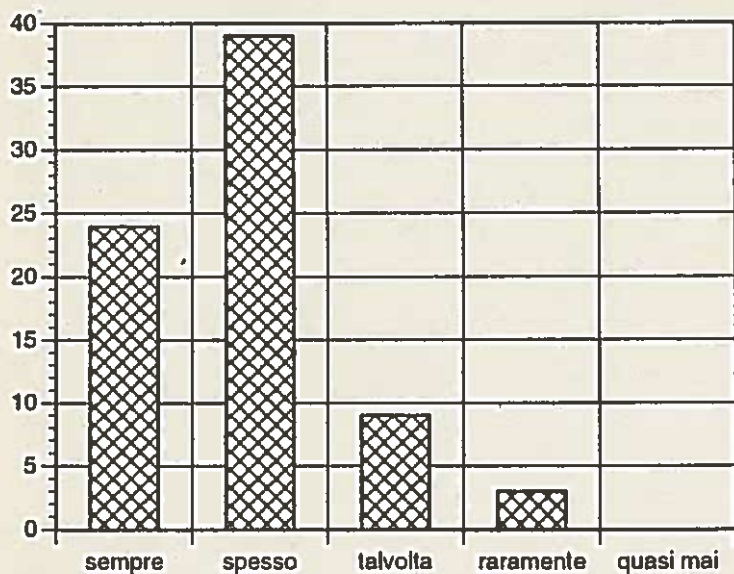


Fig. 4 - In che percentuale vengono applicati?

INSERTO

ANIARTI

(Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica)

**CORSO DI SPECIALIZZAZIONE
PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA
IN AREA CRITICA**

Annalisa Silvestro e Coll.

PREMESSA

Nel 1989 all'VIII Congresso Nazionale Aniarti svoltosi a Bologna, è stato presentato il programma del corso di specializzazione per l'assistenza in area critica, programma elaborato da un gruppo di studio dell'Aniarti.

La strutturazione del programma rappresentava il primo passo per il raggiungimento di uno degli obiettivi che la nostra Associazione si era posta sin dalla sua costituzione: "(...) promuovere a livello nazionale l'istituzione di corsi di specializzazione riconosciuti e realmente rispondenti alle esigenze cognitive degli infermieri di terapia intensiva".

Il secondo passo è stata l'istituzione del "Corso di specializzazione per infermieri professionali nell'Area critica e dell'emergenza" nella regione Friuli Venezia Giulia.

In questa regione, a partire dall'anno scolastico 1990/1991 sono stati attivati corsi di specializzazione nelle città di Udine, Trieste e Pordenone, con minime modifiche del programma predisposto dall'Aniarti.

A distanza di tre anni dall'8° Congresso in cui è stato presentato il nostro programma riteniamo interessante vedere quale percorso è stato fatto per concretizzare l'iniziativa in quella Regione e se e quali sviluppi si ipotizzano a livello nazionale.

A tal fine è stata intervistata Annalisa Silvestro, componente del gruppo di lavoro Aniarti che aveva predisposto il programma del corso di specializzazione, Direttore Didattico del corso che si svolge nella sede udinese nonché responsabile del settore "formazione e cultura dell'Aniarti".

L'intervista è stata condotta da Giuliana Pitacco.

ORGANO UFFICIALE ANIARTI

IL NURSING NELLA
SOPRAVVIVENZA



SUENARIO

di Giuliana Pitacco

G. Pitacco: Allora Annalisa in questi tre anni è stata presentata dall'Aniarti la proposta di un corso di specializzazione per l'assistenza in area critica, a Udine e a Pordenone e quest'anno anche a Trieste, abbiamo avuto i primi infermieri specializzati, ne abbiamo fatta di strada ...

A. Silvestro: Sì effettivamente se penso al novembre dell'89 direi che ne abbiamo fatta parecchia; ma soprattutto mi sembra importante sottolineare le prospettive che si stanno aprendo.

G. Pitacco: Cioè?

A. Silvestro: Negli ultimi mesi ho lavorato sia a Bologna che a Torino sul nostro corso e ci sono ottime possibilità che, sia la USL 28 di Bologna che la Usl TO 3 di Torino partano con il corso di specializzazione.

G. Pitacco: Ma lo stesso come era stato progettato dall'Aniarti?

A. Silvestro: Sì.

Come tu sai la regione Friuli Venezia Giulia ha apportato pochissime modifiche al corso che noi avevamo elaborato; sono state aggiunte 50 ore d'inglese ed un corso monografico a titolo "sistema informativo e informatica". Nulla è stato aggiunto o rivisto sul restante programma e quindi, direi che i cambiamenti non sono sostanziali.

A Bologna e Torino sono andata come consulente in quanto c'era la volontà di attivare i corsi di specializzazione anche in quelle sedi.

A Bologna soprattutto, con un gruppo di lavoro coordinato dalla Sig. Ferri, che credo non abbia bisogno di presentazioni (Presidente collegio IPASVI di Bologna ndr) abbiamo rivisitato criticamente quanto fatto dalla regione Friuli Venezia Giulia per arrivare alla conclusione che il corso era ottimo e tranquillamente esportabile.

Ti dirò che questo mi ha dato molta soddisfazione, non solo come membro dell'Aniarti perché i nostri contenuti, la nostra filosofia sono ritenuti validi ma, anche come direttore di corso per le cose "nuove" che io avevo elaborato.

G. Pitacco: Quindi il nostro corso anche a Bologna e a Torino, per te è come un figlio, ne hai assistito la nascita e lo sviluppo ...

A. Silvestro: In effetti ti dirò che il paragone è calzante e tanto per proseguire nell'immagine a volte temevo addirittura di essermene affezionata troppo e di non vederlo con obiettività.

Il confronto avvenuto a Bologna e a Torino me ne ha invece confermato la validità.

G. Pitacco: Quindi non c'è niente di nuovo ...

A. Silvestro: Sui contenuti, come ti dicevo no. Però è stata fatta un'ulteriore elaborazione e grazie all'esperienza del gruppo di Bologna il corso è stato strutturato in moduli e sono stati individuati: tipologia dei sussidi didattici, dei docenti e le modalità di valutazione dei livelli di performance degli specializzandi. Io inoltre, ho elaborato facendolo diventare parte integrante del corso, il modello concettuale di riferimento e gli obiettivi di tirocinio. (Pubblicato: pagine seguenti).

Inoltre prendendo spunto da quanto previsto nel DPR del 27 marzo 1992 n. 76 ("Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e P.A. di Trento e Bolzano in materia di emergenza sanitaria" ndr) all'articolo 4 comma 2 [La centrale operativa (...) si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato (...) ndr] ho sviluppato i contenuti di uno dei corsi monografici previsti dal programma e specificamente quello inerente l'emergenza territoriale.

G. Pitacco: Mi piacerebbe sentire l'opinione dei colleghi che si sono specializzati!

A. Silvestro: Eh sarebbe interessante ma sono in meritata vacanza prima di riprendere il lavoro nei reparti di area critica. Potrei darti un appuntamento. Se facciamo come l'anno scorso, la consegna degli attestati di specializzazione avverrà in ambito conviviale alla presenza dei nuovi corsisti. Potresti così sentire le opinioni di coloro che hanno finito e le aspettative di quelli che cominciano.

G. Pitacco: Allora si prevede di continuare con questo corso?

A. Silvestro: Certamente, da come si stanno mettendo le cose.

G. Pitacco: Allora adesso il corso ha tutte le caratteristiche per essere adottato dal ministero ed avviato a livello nazionale.

A. Silvestro: Come contenuti, come impostazione filosofica, come congruenza alle disposizioni CEE [raccomandazione n. R (83) S ndr] direi proprio di sì per quanto riguarda la disponibilità del ministero c'è ancora senz'altro della strada da fare.

G. Pitacco: Ma l'Aniarti non aveva già preso contatti con il Ministero?

A. Silvestro: Sì, tra l'altro a Bologna ho avuto modo di parlare con la collega Brandi (D.A.I. Funzionario Ministero della Sanità) la quale conferma la validità del corso e nutre buone speranze rispetto al Ministero, ma si sa che i tempi ministeriali sono molto più lunghi di quelli che noi auspicheremmo.

G. Pitacco: La riforma della formazione infermieristica, quali secondo te le prospettive per la specializzazione in area critica ...

A. Silvestro: Per quanto riguarda la riforma della formazione infermieristica concordo con quanto hai scritto sul numero scorso di SCENARIO; nel decreto MURST (Ministero dell'Università e della ricerca Scientifica e tecnologica ndr) si parla di perfezionamento in area critica e non di specializzazione e non è solo una questione di termini ...

G. Pitacco: Sarà possibile avere il materiale rielaborato sui corsi di specializzazione?

A. Silvestro: Sì, avevo già espresso alle colleghe di Bologna ed alla Sig.ra Ferri il desiderio di pubblicare quanto elaborato ed eravamo d'accordo.

Il materiale è pubblicato nelle pagine seguenti.

INFERMIERE SPECIALIZZATO NELL'ASSISTENZA IN AREA CRITICA QUADRO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO

I.I.D. Annalisa Silvestro

L'evoluzione economica e socio-culturale della nostra società e la sempre maggiore attenzione alle problematiche sanitarie e all'efficacia ed efficienza dei servizi e delle prestazioni richieste ed erogate, evidenziano sempre più marcatamente l'importanza e la modalità della funzione infermieristica, sia per la vita della struttura e la qualità dei servizi sanitari, che per la concretizzazione della fase diagnostico-terapeutica quale parte integrante del più ampio processo assistenziale.

Responsabilizzazione sul competente raggiungimento degli obiettivi posti, autonomia operativa ed elaborazione di modelli organizzativi ed assistenziali capaci di produrre cambiamento e qualità nel sistema sanitario, professionalità, integrazione e specificità, sono le basi su cui l'infermiere italiano dovrà strutturare e confermare lo status di professionista europeo, per il mantenimento e la valorizzazione della salute come riferimento fondante di ogni società.

Un'organizzazione sanitaria può definirsi efficace nel momento in cui è in grado di fornire prestazioni qualitativamente elevate in qualunque momento ed in qualsiasi ambito delle sue strutture; ciò assume particolare rilevanza quando il fruitore delle prestazioni è una persona in condizioni vitali critiche.

La persona in condizioni vitali critiche è colei che si trova in una situazione di precarietà vitale, soggetta a continui e non sempre prevedibili mutamenti clinico assistenziali, in costante lotta per la sopravvivenza e per il mantenimento di uno stato di equilibrio psicofisico.

Persone in condizioni vitali critiche e pertanto in rischio di vita, non sempre si trovano in strutture organizzate precipuamente per affrontare questo tipo di situazione.

Possono infatti trovarsi in strutture la cui organizzazione medico-infermieristica, è impostata su valenze assistenziali di minore emergenza, complessità e supporto tecnologico, come ad esempio i reparti di base, le sale operatorie, i servizi di diagnostica..., oppure possono trovarsi a domicilio o sulla strada.

L'Area Critica, infatti, comprende non solo l'insieme di strutture di tipo intensivo, ma anche l'insieme di situazioni caratterizzate dalla criticità dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento medico-infermieristico.

L'infermiere professionale specializzato nell'assistenza al paziente critico dovrà, quindi, essere in grado di erogare prestazioni assistenziali competenti non solo nell'ambito di tutte le strutture di tipo intensivo, ma anche in ogni luogo dove si presenti una situazione assistenziale caratterizzata dalla criticità dell'ammalato e dalla conseguente complessità dell'intervento assistenziale.

Più specificatamente, l'infermiere professionale specializzato nell'assistenza in area critica (ISAC), sarà colui che, acquisito un livello supplementare di competenza, sarà in grado di rispondere con abilità e capacità assistenziali, ai bisogni del paziente in condizioni vitali critiche, in ogni ambito ed in ogni situazione assistenziale sia intra che extra ospedaliera (emergenza-urgenza territoriale).

Tale risposta avverrà attraverso la concretizzazione coordinata e di-

namica di tutte le azioni necessarie alla risoluzione dei bisogni specifici, manifestatisi o evidenziatisi in una persona in condizioni di criticità vitale.

Le problematiche che l'ISAC incontrerà nell'implementare il processo assistenziale, e quindi nell'attuare gli interventi infermieristici, sono prevalentemente legate ad alcune variabili quali:

- *tempo* per intervenire;
- *luogo* in cui avviene l'intervento (intra/extra ospedale);
- *dati* a disposizione;
- *competenze* proprie e dei rimanenti operatori dell'équipe (altri professionisti, personale esecutivo, volontari, ecc).

Da quanto succitato emerge la necessità che l'ISAC abbia acquisito competenza inerenti:

- *la gestione e l'utilizzo del sistema informativo;*
- *l'analisi della situazione assistenziale e logistico-organizzativa;*
- *la metodologia nel gestire il processo decisionale e definire priorità e procedure di intervento;*
- *la manualità nell'utilizzare i diversi supporti tecnologici;*
- *l'abilità nel concretizzare le prestazioni e nell'impostare ed attuare protocolli e piani di assistenza interprofessionali;*
- *le tecniche di comunicazione ed integrazione con i gruppi di lavoro;*
- *le metodiche didattiche per la propria e altrui formazione;*
- *la capacità di verificare e valutare i risultati conseguiti;*

diversificando tutto ciò in relazione al luogo in cui si trova ad operare, alle norme di riferimento, alla specifica e conseguente responsabilità professionale e deontologica.

Una formazione specialistica così concepita, e cioè per area situazionale e funzionale e attenta alla formazione permanente, attenua notevolmente il rischio dell'impoverimento della professionalità infermieristica e della risposta settoriale e parcellizzata ai bisogni della persona, come poteva avvenire per la specializzazione per organi od apparati quali ad esempio la specializzazione in cardiologia, nefrologica, ecc., per puntare, di contro, sull'acquisizione e sul mantenimento di modelli concettuali, cognitivi, assistenziali ed organizzativi oltre che sull'acquisizione e

mantenimento di metodo di analisi e di lavoro.

Con tale impostazione formativa, la mobilità dell'infermiere entro l'area situazionale e funzionale in cui si è specializzato (in questo caso, entro l'area critica), diventa non solo possibile, ma anche uno strumento di valorizzazione della professionalità e di riconoscimento e mantenimento della medesima.

Una specializzazione, dunque, orientata al nursing e non all'organo o alla tecnologia, peraltro rapidamente obsolescente; incanalata per aree di responsabilità e ba-

sata su una visione dell'utente come soggetto da considerarsi nella sua unitarietà, e che si concretizza attraverso un approccio condotto in termini di interdisciplinarietà e di lavoro d'équipe.

Un'assistenza specialistica basata sulla capacità di individuare e definire i bisogni del paziente, di assisterlo in maniera globale con l'utilizzo coordinato e dinamico di tutte le conoscenze e di tutti gli strumenti disponibili, in maniera continua; dal momento in cui si verifica l'evento critico fino al recupero della stabilità vitale o, nell'eventualità, della morte.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 1 - Competenze inerenti "l'organizzazione"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p>Generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuare e analizzare le variabili organizzative dell'unità operativa per finalizzarle all'efficienza e all'efficacia delle prestazioni assistenziali. <p>Intermedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saper leggere ed interpretare il sistema organizzativo in cui si opera; - Riconoscere ed interpretare gli indicatori di complessità organizzativa ed utilizzarli per individuare il fabbisogno di integrazione organizzativa; - Predisporre gli strumenti informativi, utilizzarli e mantenerli aggiornati (revisione periodica) per garantire la continuità assistenziale; - migliorare le abilità professionali e le capacità decisionali; - Analizzare i percorsi, i metodi e le strategie per applicare gli standards di processo e di risultato; - acquisire metodi e strumenti per valutare la qualità dell'assistenza secondo gli obiettivi definiti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il modello di analisi organizzativa secondo l'approccio sistemico; - L'analisi della struttura organizzativa secondo il modello sistemico di riferimento; - L'analisi del fabbisogno organizzativo mediante l'utilizzo degli indicatori di complessità organizzativa; - Il sistema informativo (metodi e strumenti) per l'assistenza infermieristica in area critica; - il processo decisionale: fasi e metodi per migliorare la qualità dell'assistenza in area critica; - Gli standards, significato e modalità di utilizzo; - strumenti e metodi per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica (professionalità - autonomia responsabilità). 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione - Discussione - Lavoro di gruppo - Analisi dei casi - Costruzione di strumenti informativi assistenziali - Esercitazione di ricerca applicata per la valutazione della qualità dell'assistenza (retrospettiva e su un indicatore assistenziale). 	90	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento - Sussidi didattici d'uso - Questionari e schede costruiti dai docenti/discendenti. 	D.A.I. o I.I.D.	<ul style="list-style-type: none"> - Formativa relativa alla capacità di gestire il modello organizzativo; - analisi del gruppo classe; - analisi organizzativa di un reparto sede di tirocinio (relazione scritta) - analisi degli strumenti elaborati per valutare la qualità dell'assistenza

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 2 - Competenze inerenti la "clinica e l'assistenza"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p><i>Obiettivi intermedi:</i></p> <p>1) Osservare e rilevare segni e sintomi delle varie patologie presentate dai pazienti di area critica, con particolare riferimento a quelli che preludono o manifestano una situazione di emergenza (dal neonato all'adulto)</p> <p>- Monitorare e registrare l'evoluzione clinica dei pazienti intervenendo sui parametri vitali.</p>	<p>- Meccanismo fisiopatologico ed evoluzione clinica delle patologie più frequenti in area critica - Orientamenti diagnostico-terapeutici.</p> <p>- Interventi assistenziali specifici del quadro patologico:</p> <p>1) Malattie e traumi del sistema nervoso centrale;</p> <p>2) Malattie del sistema cardiocircolatorio e respiratorio;</p> <p>3) Malattie dell'apparato renale e urinario;</p> <p>4) Malattie dell'apparato digerente;</p> <p>5) Malattie e traumi dell'apparato osteo-articolare;</p> <p>6) Turbe della coagulazione;</p> <p>7) Ustioni;</p> <p>8) Intossicazioni - Avvelenamenti - Allergie;</p> <p>9) Annegamento;</p> <p>10) Folgorazione;</p> <p>11) Impiccagione</p> <p>12) Infezioni e setticemie;</p> <p>13) Parto imminente;</p> <p>14) Neonato di basso peso e patologie specifiche del neonato in genere.</p> <p>Inoltre andranno approfonditi i contenuti relativi alle patologie maggiormente presentati nello specifico contesto operativo.</p>	<p>- Lezione</p> <p>- Discussione</p> <p>- Analisi di capacità</p>	<p>80</p>	<p>- Bibliografia di riferimento</p> <p>- Sussidi didattici.</p>	<p>Medici specialisti delle singole patologie.</p>	<p>- Prove scritte;</p> <p>- Prove orali;</p> <p>- Prove oggettive di profitto;</p> <p>- Analisi di casi clinici.</p>

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 3 - Competenze inerenti "prestazioni infermieristiche in situazioni d'urgenza"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p>- Rispondere a situazioni d'urgenza con prestazioni tempestive e mirate utilizzando protocolli assistenziali prestabiliti e concordati.</p> <p>(Tenuto conto delle situazioni patologiche di cui al modulo 2, del contesto operativo nel quale si trova l'infermiere e dell'evoluzione della patologia stessa).</p>	<p>Il significato e la tipologia dell'intervento infermieristico in presenza di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dolore toracico; 2) Dolore addominale; 3) Dispnea-Cianosi; 4) Alterazioni del ritmo cardiaco; 5) Alterazioni della P.A.; 6) Emorragia esterna; 7) Stato confusionale; 8) Convulsioni; 9) Perdita della conoscenza; 10) Mancata risposta agli stimoli; 11) Vomito; 12) Ipotermia; 13) Agitazione psicomotoria (dannosa a sé e agli altri). 	<ul style="list-style-type: none"> - Breve dissertazione del Docente - Elaborazione di protocolli assistenziali specifici per ogni singola situazione patologica; - Discussione sui protocolli elaborati; - Lavoro di gruppo. 	70	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento (metodologia di elaborazione dei protocolli assistenziali). 	<ul style="list-style-type: none"> - Medici anestesisti/rianimatori; - I.P. esperto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prove scritte/orali; - Simulazioni; - Sui protocolli elaborati dai gruppi.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 4 - Competenze inerenti "la pianificazione dell'assistenza"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p>Obiettivi intermedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuare autonomamente interventi infermieristici tramite piani e prestazioni assistenziali. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fase della programmazione del piano di assistenza: <ol style="list-style-type: none"> 1) La raccolta dati; 2) La definizione del problema; 3) La pianificazione degli interventi infermieristici; 4) L'attuazione del piano; 5) La valutazione degli interventi. - Definizione di uno strumento informativo; - L'assistenza infermieristica: cartella infermieristica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezioni - Lavoro di gruppo - Discussione. 	40	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento - Sussidi didattici. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica; - Infermieri Insegnanti - Dirigenti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sui piani di assistenza costruiti dai discendenti sulle principali situazioni assistenziali; - Sullo strumento informativo elaborato.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 5 - Competenze inerenti "la prevenzione delle infezioni e la sicurezza"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p>Generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assicurare un ambiente sicuro e terapeutico. <p>Intermedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approfondire le conoscenze sulle tematiche Ambiente, Ecosistema, Inquinamento; - Aggiornare le conoscenze sulle tematiche: <ul style="list-style-type: none"> - sanificazione, disinfezione, asepsi, sterilizzazione; - Definire e attuare le competenze dell'infermiere specializzato in area critica nella prevenzione, controllo e sorveglianza delle infezioni ospedaliere. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente ed ecosistema; - Inquinamento fisico, chimico pulviscolare, da rumore; - Normativa nazionale ed interventi infermieristici nelle calamità; - Epidemiologia delle infezioni ospedaliere e non; - Disinfettanti ed antisettici: requisiti, caratteristiche e modalità d'uso; - Sterilizzazione; - * Pulizia e disinfezione delle apparecchiature tecnologiche; - * Trattamento dei presidi e materiali sanitari; - * Igiene ambientale: continua, periodica e terminale; - * Igiene delle mani; - * Competenza dell'infermiere specializzato nella preparazione del materiale e assistenza nelle manovre invasive (richiami all'auto ed etero protezione); - Antisepsi del paziente: con cute integra con cute lesa. - * (coadiuvamento dell'Operatore Tecnico addetto all'Assistenza). 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezioni - Discussione - Lavoro di gruppo per l'elaborazione di protocolli operativi (procedure). 	40	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento - Sussidi didattici. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medico igienista/di sanità pubblica; - I.P. addetta alla prevenzione delle infezioni ospedaliere. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prove scritte e orali sui protocolli operativi elaborati.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 6 - Competenze inerenti "la farmacologia e la gestione dei farmaci"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> - Individuare il principio attivo, l'azione terapeutica, le vie di somministrazione, la distribuzione, le vie di eliminazione, le interazioni tra farmaci ed eventuali tests diagnostici ed ematochimici, gli effetti collaterali e secondari delle categorie farmacologiche più in uso in area critica; - Conoscere le principali indicazioni nell'utilizzazione dei farmaci; - Conoscere le principali fonti bibliografiche sui farmaci e saperle usare; - Gestire i presidi medico-chirurgici conoscendone le caratteristiche fisico-chimiche e le norme vigenti per la loro conservazione utilizzazione e manutenzione; - conoscere le modalità di gestione corretta della terapia infusionale prescritta; - Elaborare strumenti informativi che garantiscano l'individuazione della prescrizione terapeutica scritta, della preparazione e somministrazione del farmaco allo specifico paziente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Caratteristiche dei farmaci più usati in area critica; - Definizione dei criteri di efficacia, tossicità e costo di un farmaco; - Principali fonti bibliografiche riconosciute dalla letteratura internazionale, loro interpretazione e utilizzo; - Il significato del «foglietto illustrativo» allegato al farmaco; - Presidi medico-chirurgici maggiormente in uso in area critica: impiego, conservazione, manutenzione e uso; - Soluzioni: nutritive, reidratanti, cocktails, ecc.; ed in particolare: <ul style="list-style-type: none"> - Osmolarità, velocità di infusione e di somministrazione (periferica e centrale) e relativi problemi, modalità di preparazione e allestimento; - Eventuali incompatibilità della miscelazione e comportamenti assistenziali. - Gestione dei farmaci. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezioni - Lavoro di gruppo per l'elaborazione di schede di controllo per la prescrizione, somministrazione ed esito della farmacoterapia. 	40	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento - Sussidi didattici. 	Farmacista; - Medico anestesista/rianimatore; - Infermiere esperto.	Prova scritta e orale.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 7 - Competenze inerenti "le tecnologie per l'assistenza"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p>Generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conoscere e utilizzare apparecchiature, attrezzature e presidi complessi. <p>Intermedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuare le principali caratteristiche delle apparecchiature e dei presidi medico-chirurgici; - Individuare le modalità di pulizia, disinfezione, sterilizzazione, manutenzione e conservazione delle apparecchiature e dei presidi medico-chirurgici; - Partecipazione alla scelta delle apparecchiature e dei presidi medico chirurgici in base all'utilizzo e alle indicazioni medicoterapeutiche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Caratteristiche delle apparecchiature e dei presidi medico-chirurgici maggiormente usati in area critica; - Norme di sicurezza nazionali, internazionali e legislazione vigente inerente le apparecchiature ed i presidi medico-chirurgici; - Modalità di preparazione, pronto utilizzo e conservazione delle apparecchiature e dei presidi medico-chirurgici; - Modalità di primo intervento nel caso di cattivo funzionamento delle apparecchiature; - Modalità di pulizia, disinfezione, sterilizzazione delle apparecchiature e dei presidi medico-chirurgici;*; - Criteri di efficienza e di efficacia nella scelta ed utilizzazione delle apparecchiature e dei presidi medico-chirurgici (rapporto costo-qualità). <p>* Coadiuvato dall'O.T.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione - Discussione - Simulazione per l'apprendimento della manualità necessaria al corretto utilizzo delle apparecchiature e dei presidi medico-chirurgici. 	30	<ul style="list-style-type: none"> - Lezioni - Discussione - Dimostrazioni - Simulazioni. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnico biomedico - I.P. esperto - Responsabile acquisti. 	<p>Prove scritte orali</p> <p>Sulle simulazioni effettuate con check-list per valutare la performance dimostrata.</p>

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 8 - Competenze inerenti la "psicosociologia applicata alla professione"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p>Generali:</p> <p>1) Acquisire capacità di integrazione con il gruppo di lavoro riconoscendo l'area di competenza.</p> <p>2) Instaurare un rapporto professionale ed umano con pazienti e familiari, colleghi e collaboratori di professionalità diversa.</p> <p>Intermedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definire ed analizzare le caratteristiche dei gruppi rispetto agli obiettivi del gruppo stesso, dell'organizzazione ed ai risultati attesi; - Analizzare i modelli ed i processi di comunicazione/relazione con l'équipe assistenziale, con l'utenza; - Definire strumenti e metodi per la pianificazione del lavoro e la gestione dei conflitti; - Gestire il colloquio e l'intervista; - Definire il concetto di professione, le sue implicazioni e responsabilità organizzative-gestionali; - Individuare le fonti di stress ed analizzare i meccanismi di difesa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione, tipologia e caratteristiche dei gruppi; - Valori, norme e sistema dei ruoli nei gruppi; - Modelli e processi di comunicazione/relazione; - Processi di influenza e decisione nei gruppi; conflitti interpersonali e tra gruppi; - Meccanismi di integrazione nel gruppo, fra gruppi e fra gruppo ed organizzazione; - Lavoro di gruppo, obiettivi, risultati, loro congruenza con gli obiettivi dell'organizzazione e con il modello assistenziale; - Professione, professionalità; - Empatia; - Lo specifico professionale, contenuti, competenze e limiti; - Autonomia e responsabilità; - La relazione con il paziente e con i familiari, con particolare riferimento alle problematiche relative al contesto socio-culturale, organizzativo ed alla situazione clinico-assistenziale; - Il colloquio e l'intervista; - Lo stress e gli agenti stressogeni; - Meccanismi di difesa dei pazienti, dei familiari e dei professionisti - sindrome del "burn-out". 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezioni - Discussioni - Lavoro di gruppo - Simulazioni - Gioco dei ruoli. 	60	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento - Sussidi didattici. - Videocamera ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sociologo - Dirigente dell'Assistenza Infermieristica - Infermiere Insegnante Dirigente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relazione scritta e sulle simulazioni e gioco ruoli.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 9 - Competenze inerenti "la didattica e l'educazione sanitaria"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> - Rilevare i bisogni di educazione/formazione; - Progettare ed attuare interventi educativi per sé, gli utenti e gli altri operatori; - Collaborare alla definizione degli obiettivi di tirocinio degli studenti, guidarli nello svolgimento pratico e valutarne i risultati. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il processo formativo e l'apprendimento teorico-pratico; - Analisi dei bisogni formativi; - Definizione degli obiettivi; - Scelta del metodo pedagogico; - Progettazione dell'intervento; - Attuazione; - Valutazione dei risultati; - L'infermiere specializzato e l'educazione sanitaria; - strumenti, contenuti e metodi in relazione ai bisogni del paziente, dei familiari e al contesto socio-culturale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier pedagogico; - Lavoro di gruppo per la progettazione di un intervento formativo; - d'aula; - di tirocinio; - educativo; - simulazioni. 	60	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento - Sussidi didattici. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esperto di pedagogia sanitaria - Esperto di educazione sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prova scritta e sulle simulazioni (performance dimostrativa).

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 10 - Competenze inerenti la "metodologia della ricerca applicata alla disciplina infermieristica"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p>Generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere la ricerca in ambito infermieristico; <p>Intermedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuare la ricerca infermieristica nelle aree assistenziali critiche mediante: <ul style="list-style-type: none"> - analisi dello scopo della ricerca nella professione infermieristica; - descrizione delle fasi e definizione degli strumenti di indagine nel processo di ricerca. - individuazione del ruolo dell'infermiere nella definizione e attuazione di un progetto di ricerca. - Individuare le applicazioni della ricerca nell'assistenza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ricerca come metodo di apprendimento e di produzione intenzionale e sistematica in risposta ai problemi assistenziali. - Il processo di ricerca: <ul style="list-style-type: none"> - definizione del problema; - definizione delle variabili e del piano di ricerca; - strumenti e metodi di rilevazione ed elaborazione dei dati; - interpretazione, comunicazione ed utilizzo dei risultati per migliorare l'operatività; - La ricerca interdisciplinare: ruolo positivo e collaborativo dell'infermiere. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione - Lavoro di gruppo - Discussione 	60	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento - Sussidi didattici. 	<p>Laureato in statistica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirigente dell'Assistenza Infermieristica - Infermiere Insegnante Dirigente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prove scritte; - Prove orali; - Produzione di elaborati.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 11 - Competenze inerenti la "legislazione sanitaria e infermieristica"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p><i>Generale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Approfondire le conoscenze sulla legislazione del S.S.N. e quella di riferimento alle figure professionali con particolare riferimento ai vincoli e alle responsabilità. <p><i>Intermedi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrivere il S.S.N. ed individuare le norme basilari; - Approfondire la conoscenza dello stato giuridico dei dipendenti del S.S.N. - Approfondire le conoscenze relative alle competenze e responsabilità degli esercenti la professione infermieristica ai vari livelli. 	<ul style="list-style-type: none"> - La legislazione vigente relativa al S.S.N. (nazionale, regionale, locale); - Lo stato giuridico del personale dipendente del S.S.N.; - L'esercizio della professione infermieristica in ambito intra ed extra ospedaliero (compreso il settore dell'emergenza) e relative norme; - La responsabilità civile, penale, amministrativa e professionale degli infermieri; - La competenza delle figure infermieristiche per la determinazione del fabbisogno quali-quantitativo di personale, per l'organizzazione del lavoro in area critica (intra ed extra ospedaliera). 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezione - Lavoro di gruppo con analisi di casi - Discussione. 	50	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento (leggi e norme) - Sussidi didattici. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medico specializzato in Medicina Legale. - Dirigente dell'assistenza Infermieristica - Infermiere Insegnante Dirigente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relazione scritta; - Risoluzione di un caso sulla responsabilità.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 12 - Competenze "moduli monografici attinenti a particolari temi"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> - Approfondire le conoscenze scientifiche e le modalità di intervento nelle situazioni cliniche, terapeutiche e assistenziali descritte. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'anestesia: metodi e applicazione; - Equilibrio acido-base; - Alimentazione enterale e parentale totale; - La trasfusione di sangue ed emoderivati; - Prelievo d'organo e trapianto; - Il dolore; - Etica e deontologia con particolare riferimento alla morte, all'eutanasia, all'accanimento terapeutico; - Patologie da immunosoppressione; - Sistema informativo e informatica per l'esistenza infermieristica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezioni - Lavoro di gruppo per l'elaborazione di protocolli assistenziali specifici. 	<p style="text-align: center;">100 (ore 10 circa ogni tema)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia di riferimento - Strumenti didattici. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medici specialisti - Esperto in informatica - I.I.D. - D.A.I. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prove scritte e orali.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 13 - Competenze inerenti "l'emergenza sanitaria" (*)

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<p>Obiettivo generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrivere ed analizzare obiettivi, competenze, metodi e modalità organizzative ed assistenziali delle centrali operative per l'emergenza sanitaria ed i relativi interventi assistenziali. <p>Obiettivi intermedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuare le norme di riferimento e descrivere i modelli organizzativi ed assistenziali delle centrali operative per l'emergenza sanitaria - Descrivere il sistema informativo, supporti tecnologici ed informatici e mezzi di soccorso di una centrale operativa per l'emergenza sanitaria. - Individuare ed analizzare ruolo e responsabilità professionali infermieristiche nella definizione ed effettuazione delle prestazioni assistenziali nelle centrali operative per l'emergenza sanitaria territoriale. 	<ul style="list-style-type: none"> - La programmazione dell'intervento nell'emergenza sanitaria a livello nazionale, regionale e locale; - Esperienze in Italia e nel mondo; - Il sistema direzionale territoriale; - Il sistema informativo; - Le tecnologie di comunicazione come base per l'operatività; - La rete telefonica; - Il sistema radio; - Le tecnologie informatiche; - La modulistica; - I mezzi di soccorso e loro caratteristiche; dotazioni e normative di riferimento; - L'elicottero sanitario; - Il ruolo dell'infermiere: le priorità ed il suo comportamento professionale nell'équipe di soccorso; - La prestazione sanitaria: le procedure e i protocolli assistenziali, le interazioni e la responsabilità professionale; - L'organizzazione e le prestazioni sanitarie nelle emergenze multiple. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezioni - Lavoro di gruppo - Discussione - Tavola rotonda; - Elaborazione di protocolli assistenziali. 	30	<ul style="list-style-type: none"> - Norme vigenti - Bibliografia di riferimento - Sussidi didattici. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medici; - Infermieri esperti; Tavola rotonda: - Polizia municipale; - Vigili del Fuoco; - Protezione civile; - Medicina militare; - Assessorato Sanità Regione; - UU.SS.LL. (con Servizio di Soccorso). 	<ul style="list-style-type: none"> - Prove scritte e orali - Protocolli elaborati.

(*) Con la collaborazione di Marco Braida.

CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI PROFESSIONALI IN "AREA CRITICA"

Modulo n. 14 - "Inglese scientifico"

OBIETTIVI	CONTENUTI	METODOLOGIA	ORE	STRUMENTI	DOCENTI	VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> - Conoscere e utilizzare la lingua inglese nell'esercizio professionale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inglese scientifico con particolare riferimento alla gestione degli strumenti assistenziali, sistemi di monitoraggio, comprensione di bibliografia scientifica, ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lezioni - Esercitazioni orali e scritte 	50	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia specifica - Strumenti audio e pacchetti autoformativi. 	Docente di lingua madre inglese con indirizzo sanitario.	Prove scritte e orali.

CORSO SPECIALIZZAZIONE PER L'ASSISTENZA IN AREA CRITICA: OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO OPERATIVO

REPARTI E SERVIZI DI ASSISTENZA INTENSIVA *

Tempo previsto: 80-120 ore

Alla fine dell'apprendimento operativo lo studente deve essere in grado di:

Obiettivi generali:

- descrivere la struttura di base ed i meccanismi operativi dell'unità sede di tirocinio;
- gestire l'assistenza ai pazienti in condizioni di criticità vitale;
- rispondere a situazioni d'urgenza/emergenza assistenziale.

Obiettivi intermedi:

- individuare i riferimenti legislativi che istituiscono le unità sede di apprendimento operativo;
- individuare i riferimenti legislativi e/o organizzativo-procedurali inerenti prestazioni assistenziali extemporanee (ad es.: trapianti, espunti ...);
- descrivere la struttura dell'unità operativa;
- integrarsi con i membri del gruppo assistenziale individuandone funzioni e specifico professionale;
- descrivere ed applicare i meccanismi operativi utilizzati nell'unità operativa;
- integrarsi con il gruppo di lavoro nell'effettuare le prestazioni assistenziali;
- verificare, alla fine del tirocinio, lo scarto esistente tra i risultati attesi e quelli ottenuti.

Obiettivi specifici:

- elencare i riferimenti legislativi che definiscono le caratteristiche dell'unità operativa (istituzione, n. posti-letto /abitanti ...);
- elencare procedure e sequenzialità inerenti le prestazioni assistenziali extemporanee;

* Elaborato da A. Silvestro e M. Urban.

- descrivere la sistemazione logistica dell'unità operativa rispetto alla struttura ospedaliera evidenziandone vincoli ed opportunità;
- descrivere spazi fisici e tecnologia dell'unità operativa specificandone l'utilizzo;
- descrivere organico ed organigramma (formale ed informale) del personale dell'unità operativa;
- elencare funzioni, mansioni e compiti di ogni figura e definire lo specifico professionale di quelle infermieristiche;
- individuare i meccanismi di integrazione del gruppo di lavoro e del gruppo con l'organizzazione;
- descrivere ed utilizzare il sistema informativo (strumenti informatici, consegna/cartella inf.ca, modulistica varia ...);
- monitorare, registrare e riferire segni e sintomi evidenzianti l'insorgere di una situazione d'urgenza/emergenza;
- osservare il tutor negli interventi infermieristici d'urgenza/emergenza all'interno dell'unità operativa e nell'ambito ospedaliero;
- descrivere ed applicare con il tutor strumenti e procedure assistenziali in relazione ai diversi eventi critici (es.: arresto cardio circolatorio);
- descrivere e gestire con il tutor le modalità di pronto intervento assistenziale richiesto dall'esterno dell'unità operativa relativamente a:
 - ricezione chiamata
 - organizzazione risorse
 - attuazione intervento
- assicurare il trasporto del paziente utilizzando strumenti adeguati e contribuendo al mantenimento delle sue funzioni vitali;
- gestire i presidi sanitari ed individuare le responsabilità professionali relative al loro utilizzo

e conservazione

- valutare i progressi/risultati conseguiti nelle diverse fasi che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Ove possibile andranno privilegiate quelle esperienze cliniche che permetteranno allo specializzando di osservare il processo assistenziale posto in essere dall'insorgenza dell'evento che lo pone in condizioni vitali critiche sino alla sua stabilizzazione (servizi territoriali ... accoglimento al pronto soccorso ... assistenza nei diversi servizi diagnostici ... sala operatoria ... terapie intensive).

Valutazione:

relazione scritta sulle osservazioni organizzative; valutazione del Tutor sulle abilità.

SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA

Tempo previsto: 80-120 ore

Obiettivo generale:

- utilizzare la struttura ed i meccanismi operativi del servizio 118 per rispondere a situazioni di emergenza sanitaria sul territorio.

Obiettivi intermedi:

- descrivere il progetto nazionale e regionale di riorganizzazione dell'emergenza, con particolare riferimento alle centrali operative e al servizio 118;
- descrivere la struttura del servizio 118;
- inserirsi nell'equipe di lavoro riconoscendo specifico professionale e funzioni di ogni operatore;
- descrivere mezzi e strumenti organizzativi e assistenziali esistenti nel servizio 118 indicando co-

- me, dove e quando utilizzarli;
- inserirsi nell'attività della C.O. e nei momenti di prestazione sanitaria ad essa correlati;
- verificare, alla fine del tirocinio, lo scarto esistente tra i risultati attesi e quelli ottenuti.

Obiettivi specifici:

- elencare le principali competenze definite dal progetto per la riorganizzazione dell'emergenza sanitaria;
- descrivere il progetto 118, sua filosofia e scopi;
- individuare la sistemazione logistica della Centrale Operativa (C.O.) nell'ambito della struttura ospedaliera;
- descrivere gli spazi fisici della C.O. ed il loro utilizzo;
- descrivere l'organico e l'organigramma della C.O.;
- elencare funzioni, mansioni, compiti di ogni figura;
- definire lo specifico professionale di ogni operatore;
- descrivere le tecnologie telefoniche, la rete telefonica regionale dell'emergenza e le sue modalità di utilizzo;
- descrivere la rete di radiocomunicazione esistente, relative attrezzature e modalità di utilizzo;
- descrivere gli strumenti informativi della C.O., dell'ambulanza e le modalità di utilizzo;
- descrivere i mezzi di soccorso, la loro attrezzatura e le modalità di utilizzo;
- descrivere le procedure ed i protocolli relativi a:
 - ricezione chiamata,
 - comunicazioni via radio,
 - codici di intervento,
 - allertamento vigili del fuoco,
 - allertamento servizio veterinario,
 - allertamento servizio psichiatrico,
 - allertamento servizio igiene pubblica,
 - constatazione di morte,
 - organizzazione trasporti per trapianti,
 - modalità comportamentali e responsabilità professionali;
 - dell'equipaggio di ambulanza;
 - intervento sanitario assistenziale,
 - trattamento del politrauma ed utilizzo presidi idonei in relazione alla tipologia dei casi,
 - trattamento dell'arresto cardiorespiratorio ecc ...;
 - pulizia, disinfezione e tenuta ambulanze.

Con il TUTOR:

- ricevere e registrare sulle schede di C.O. le richieste di trasporto e soccorso;
- codificare le richieste ed individuare le modalità più opportune di risposta;
- indirizzare i movimenti dei mezzi presenti sul territorio utilizzando il sistema di radiocomunicazioni per integrare gli interventi;
- inserire i dati di intervento nel computer;
- controllare l'efficienza del mezzo di soccorso e l'immediata fruibilità dei presidi sanitari e degli strumenti presenti;
- trasmettere le informazioni dal mezzo mobile alla C.O.;
- effettuare interventi di trasporto e di soccorso utilizzando i presidi e le attrezzature sanitarie idonee;
- valutare i progressi/risultati conseguiti nelle diverse fasi che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Valutazione: relazione scritta sulle osservazioni organizzative, valutazione del Tutor sulle abilità raggiunte.

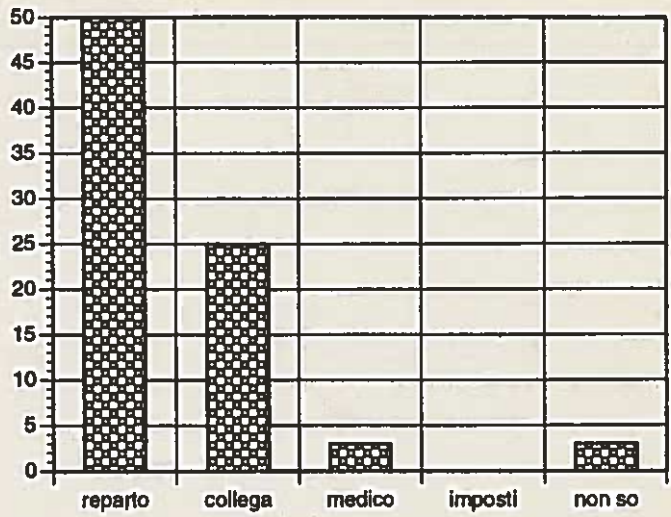


Fig. 5 - Come sono nati i protocolli esistenti?

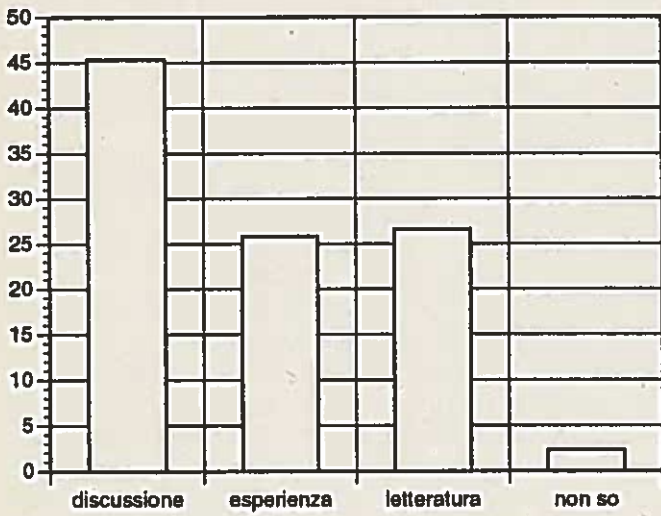


Fig. 6 - Su quali basi sono stati formulati?

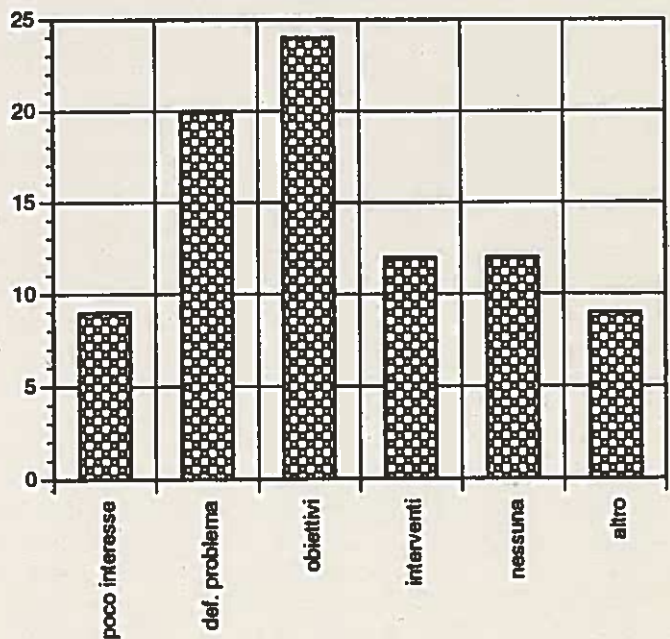


Fig. 7 - Nella stesura, quali sono state le difficoltà

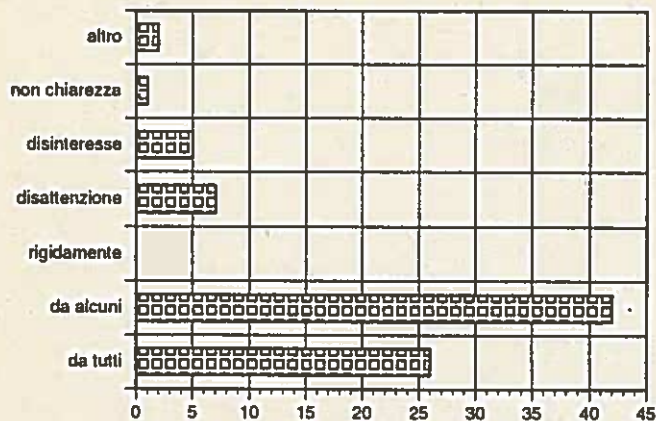


Fig. 8 - Secondo lei, come vengono applicati?

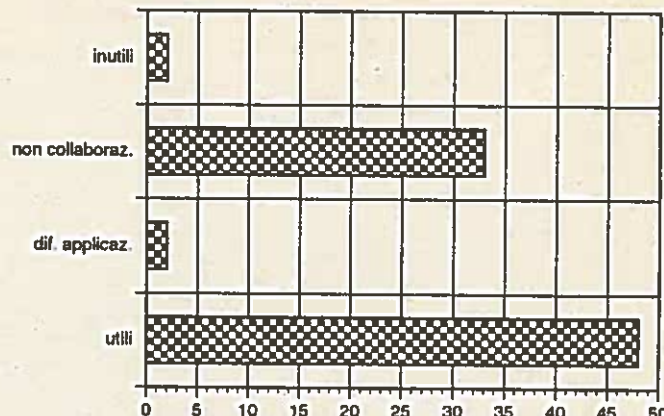


Fig. 9 - Esprima un suo giudizio sui protocolli presenti nella sua divisione

Discussione

Dall'analisi dei questionari emergono alcune considerazioni: una percentuale di risposta media del 50% è considerata buona in una popolazione generale, ma risulta scarsa in un gruppo selezionato di operatori in cui si presuppone interesse e competenza. Da questo dato vanno escluse due divisioni che non hanno avuto modo di compilare il questionario per il rifiuto della caposala.

Non mi è stato possibile analizzare i motivi della mancata risposta: essi possono essere attribuiti a mancanza di tempo (nonostante il tempo medio di compilazione fosse di 10 minuti), mancato ricevimento del questionario, disinteresse, non conoscenza del problema e altro. Indipendentemente dai motivi non mi è facile comprendere come sia possibile procedere alla stesura o rifacimento di protocolli che richiedono la partecipazione di tutti se già nell'affrontare un semplice questionario ci sono tutte queste difficoltà. In realtà però gli spazi e i tempi offerti agli infermieri professionali per lo studio e l'aggiornamento non sono molti ed in parte quindi si può giustificare il fenomeno.

Nonostante i problemi sopra citati, oltre il 75% ha confermato l'esistenza di protocolli almeno per alcune situazioni con una netta

prevalenza dei protocolli di assistenza. Sembra tuttavia di notare qualche confusione tra i termini protocollo e procedura.

Un buon risultato si riscontra rispetto alla percentuale di applicazione che risulta superiore al 75% dei casi.

Una certa discrepanza di idee si apprezza anche rispetto alle modalità di compilazione dei protocolli esistenti: la maggioranza afferma che sono nati dalla discussione comune, sulla base di un'esigenza reale della divisione, confrontando esperienze di altre unità operative e la letteratura scientifica sull'argomento; tuttavia vi sono notevoli differenze tra le risposte date dai diversi infermieri della stessa divisione.

Se sull'utilità dei protocolli vi è un accordo pressoché unanime, molti lamentano una scarsa collaborazione da parte dei colleghi, tanto che qualcuno ha voluto rimarcare il problema anche nello spazio lasciato alle considerazioni personali. Esso viene considerato più importante di altri pure fondamentali come la costante verifica scientifica e l'aggiornamento. Da quanto si è detto sullo scopo dei protocolli risulta evidente che la mancanza di collegialità nella loro stesura ed applicazione costituisca un reale ostacolo alla realizzazione degli obiettivi che ci si propone di raggiungere.

Conclusioni

Da uno studio mediante questionario eseguito nel 1986 tra gli infermieri delle Divisioni di Medicina d'Urgenza e di Pronto Soccorso della Lombardia risultava che il 30% di essi era neo-diplomato, con scarsa conoscenza dei problemi dell'urgenza e poca o nessuna esperienza. Nella quasi totalità dei casi non esistevano protocolli di lavoro, con conseguente difficoltà di verifica dei risultati, problemi di affiatamento e di comprensione tra personale infermieristico e tra infermieri e medici, spesso anch'essi neo-laureati. Ma ciò che risultava più drammatico era lo stato di costante coinvolgimento emotivo in cui viveva lo staff sottoposto a continue richieste di interventi rapidi su pazienti che non aveva mai visto prima, con problemi non ben definiti.

Dal presente studio sembra che la situazione sia migliorata rispetto al 1986. Solo uno degli intervistati afferma che nella sua divisione non esistono protocolli, mentre gli altri infermieri della stessa divisione asseriscono che alcuni di essi sono in elaborazione. Tuttavia molti, forse troppi, lamentano una scarsa partecipazione durante la stesura e nell'applicazione dei protocolli.

Non è sufficiente che il protocol-

lo sia corretto e aggiornato, è fondamentale lo studio e la volontà comune. Diversamente la non adesione di pochi sminuisce il lavoro di molti. Alcuni pensano che i protocolli facciano "perdere tempo", mentre invece dovrebbero farne risparmiare: ciò dipende probabilmente proprio dal fatto che non tutti si attengono ad essi, causando difficoltà nei momenti in cui è più richiesta prontezza di riflessi ed efficienza. Vero è che non tutte le situazioni sono riconducibili ad un protocollo, che ogni paziente è un caso a sé stante, che i protocolli stessi possono diventare obsoleti e poco rispondenti alle nuove acquisizioni scientifiche e tecnologiche. Ma per chi sa lavorare con lo schema mentale del protocollo è più facile adattarsi alle esigenze ed alle situazioni, trovando collaborazione e intesa nell'équipe a distinguere ciò che è più importante da ciò che lo è meno.

Bibliografia

BARRETT VIRGINIA et al.: *L'assistenza intensiva*. Piccin. Collana Photobook 1990; Milano.

CARRERI V.: *Indirizzi regionali in materia di emergenza sanitaria, anche ai fini della Protezione Civile*. Atti delle XVII Giornate Mediche Città di Monza: *Emergenza - urgenza sanitaria. Il ruolo dell'infermiere*. USSL 64 - Ospedale S. Gerardo - Monza, Giugno 1986.

CLARK JUNE: *Professione infermiera: un'attività intellettuale*. British Medical Journal Ed. It. 1992; 16 gennaio.

CNAIOSS: *Professioni infermieristiche* 1191; 44:3; (7-9).

DI GIULIO P.: INTERVENTO ALLE XVII GIORNATE MEDICHE CITTÀ DI MONZA: *Emergenza - urgenza sanitaria. Il ruolo dell'infermiere*. USSL 64 - Ospedale S. Gerardo - Monza, Giugno 1986.

Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia: *Notiziario di aggiornamento professionale*. Masson Italia Periodici 1988; Novembre-Dicembre.

FERRARO F., TOSATO F.: *Centrali operative per l'emergenza sanitaria: l'esperien-*

za di Udine. Federazione Medica 1992; aprile.

JACQUERIE AGNES: *Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica*. Collana Nursing USES Ed. Scientifiche 1987; Firenze.

JENNETT BRIAN: *Uso non appropriato della terapia intensiva*. British Medical Journal 1985; 2 maggio.

Jose Bidin: *Appunti di assistenza infermieristica in Terapia Intensiva*.

Ministero della Sanità: *Determinazione degli standards del personale infermieristico*. Testo del D.M. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica* 1988; 13 settembre.

NICOSIA F., BELLI P.: *L'infermiere in anestesia e rianimazione*. Ed. Sorbona 1991 Milano.

ROPER N., LOGAN W.W., TIERNEY A.J.: *Elementi di nursing attività quotidiane della vita e assistenza infermieristica*. Il Pensiero Scientifico Editore.

Scenario 1991; febbraio

Scenario 1990; gennaio

Scenario 1988; aprile

Scenario 1988; febbraio

Scenario 1991; gennaio

Scenario 1986; luglio-settembre

Scenario 1988; marzo

CULTURA INFERMIERISTICA: LAVORI IN CORSO

Sintesi del II Convegno Regionale Aniarti Lombardia

Rosella Baraiolo - Delegato Regionale Aniarti

OBIETTIVI

- Fornire linee guida per la definizione, l'uso e la strutturazione della cartella infermieristica.
- Affrontare criticamente l'argomento.
- Offrire un'occasione di incontro e di confronto tra gli infermieri.

MATTINO

ASPETTI TEORICI

Ore 9.00

Moderatore: A. Silvestro

- Complessità organizzativo-assistenziale; l'importanza di un efficace sistema informativo
(A. Silvestro)
- Sistema informativo, processo assistenziale e cartella infermieristica
(A. Tolotti)
- Linee guida per la strutturazione della cartella infermieristica
(P. Spada)
- Il sistema informativo dell'Infermiere Professionale - soluzioni con l'ausilio di sistemi informatici
(B. Cavaliere)

POMERIGGIO

PRESENTAZIONE DELLE ESPERIENZE

Ore 14.30

Moderatore: G. Pitacco

Presentano i loro elaborati le seguenti équipes:

- Cardiochirurgia, Ospedale di Varese
(C. Tosatto)
- Ospedale Regionale della Beata Vergine, Mendrisio (Svizzera)
(M. Doninelli)
- Centro Trapianto Midollo Osseo «Pad. Marcora», Policlinico Milano
(A. Maffioletti)
- Rianimazione, Ospedale di Mantova
(L. Cappadonna, B. Speciali)
- Rianimazione «W. Osler», Ospedale Garbagnate (MI)
(S. Fiori, M. Zerbinati)



Si è tenuto a Milano il 6 giugno 1992 il II° Convegno Regionale Aniasi Lombardia. L'iniziativa promossa e realizzata dai Delegati regionali della Lombardia aveva come tema: "La cartella infermieristica in area critica: teorie ed esperienze".

La giornata è stata suddivisa in due momenti di studio.

Nella mattinata sono stati affrontati gli aspetti teorici che stanno alla base della strutturazione di una cartella infermieristica. Partendo dall'analisi del sistema informativo, riconoscibile all'interno di qualsiasi realtà organizzativo-assistenziale, si è visto come dall'insieme degli elementi che lo costituiscono sia possibile ricostruire lo stesso modo di concepire e collocare l'assistenza infermieristica e come essa prevalentemente venga erogata.

Spesso le informazioni e le osservazioni che provengono dal lavoro degli infermieri vengono relegate ad un ruolo di secondaria importanza. Tuttavia gli infermieri possono compiere una operazione di revisione critica di queste situazioni, nelle quali di fatto viene mortificata la nostra autonomia professionale.

Così nasce in genere l'esigenza di adottare la cartella infermieristica, che, all'interno di una unità operativa, non a caso coincide con una verifica sostanziale delle proprie prestazioni; questo vale soprattutto in area critica, dove l'insieme delle operazioni richieste agli infermieri è davvero notevole. Anzi, a volte proprio l'aumento della quantità e della qualità dell'attività da svolgere che obbliga a rivedere il sistema di scambio di informazioni.

Indubbiamente si dovrà tenere conto dei condizionamenti posti

dalla struttura organizzativo-gestionale in cui si è inseriti; tuttavia l'elemento di novità, che è emerso dalle relazioni presentate, sta nell'appropriarsi responsabilmente dello spazio operativo-organizzativo che è dovuto al nursing attraverso l'inserimento dei dati infermieristici nei normali circuiti del sistema informativo.

Se si arriverà alla decisione di creare un servizio dalle caratteristiche di alta professionalità e di garantita efficienza si devono assumere coerentemente alcune opzioni di fondo che riguardano il modo di operare degli infermieri. Soprattutto si deve accettare e condividere un preciso modello concettuale di riferimento della funzione dell'infermiere con il quale costantemente confrontarsi. L'aver compiuto questo iter permette all'équipe infermieristica di studiare ed elaborare quella parte del sistema informativo che è finalizzata alle esigenze del processo assistenziale che si intende garantire. Si dovrebbe ottenere una successione logica di raccolta e interpretazione dei dati che in pratica permette la pianificazione personalizzata dell'assistenza.

Solo al termine di questo processo si arriva alla vera e propria strutturazione della cartella infermieristica e alla scelta della modulistica da adottare quale formale strumento di documentazione.

È interessante osservare come a questo punto si è anche costruito l'algoritmo grazie al quale al computer si possono elaborare e "formattare" dei programmi personalizzati di tipo infermieristico. Ci sono già delle sperimentazioni molto interessanti che inseriscono il nursing nel mondo dell'informatica con delle potenzialità tutte nuove.

Il pomeriggio è stato dedicato alla presentazione delle esperienze di applicazione di cartelle infermieristiche di alcune équipes. È stato il momento più vivace e ricco di stimoli per le molte problematiche affrontate nelle relazioni e per il dibattito che ne è seguito.

L'idea di presentare delle esperienze significative è stata perseguita dai promotori per cercare di esemplificare e testimoniare il vivace movimento di studio e sperimentazione che è presente anche nell'ambito dei servizi infermieristici italiani. Inoltre ha permesso di riconoscere ed analizzare quegli elementi applicativi che sono in grado di portare alla concretizzazione delle teorie e verificare le varie soluzioni operative possibili.

Per questo siamo molto grati ai colleghi che hanno superato la "paura del microfono" ed hanno contribuito a dare a questo Convegno lo spessore di un passo importante nella costruzione della cultura infermieristica in cui tutti siamo impegnati.

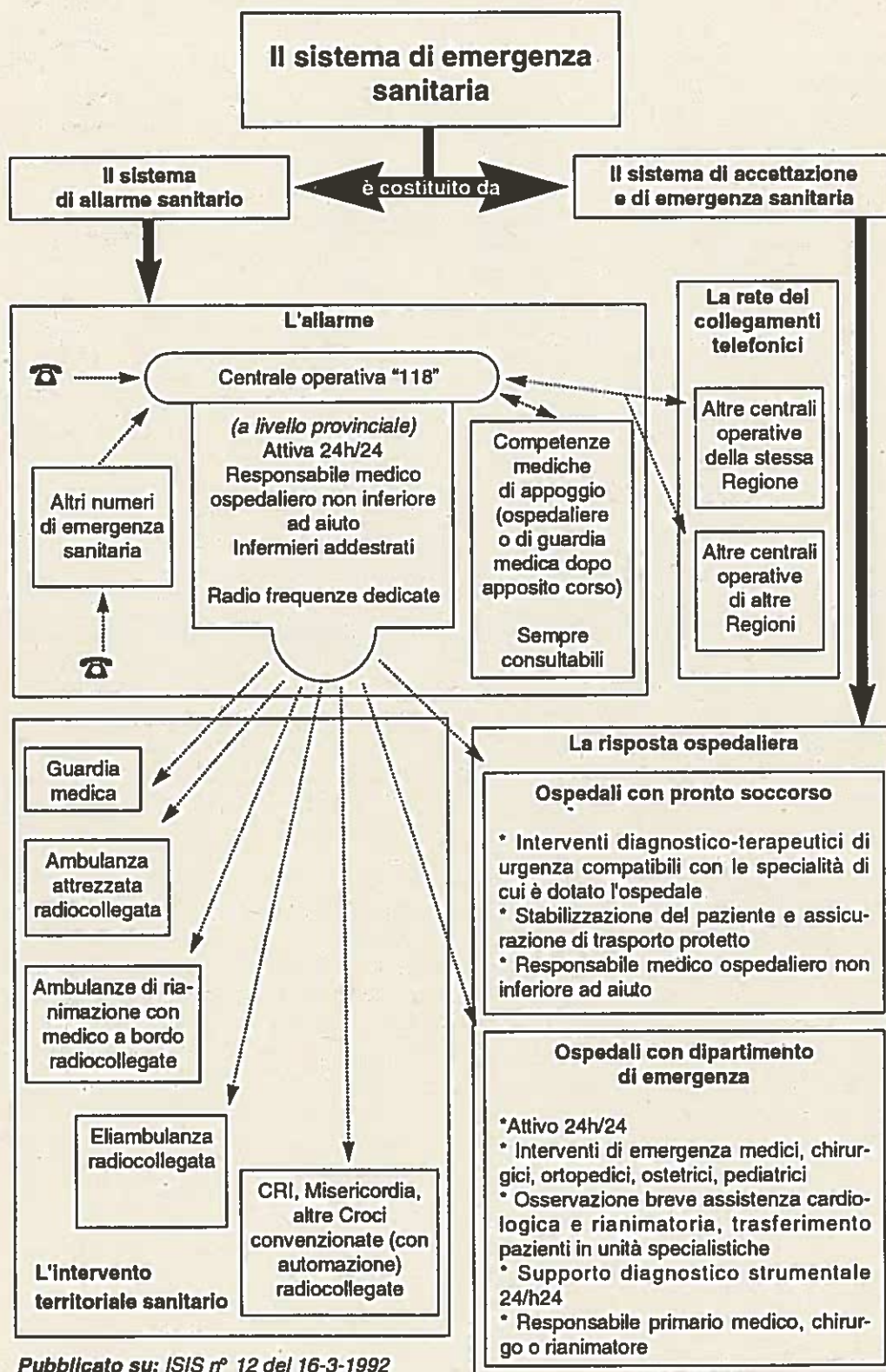
Un ricordo di riconoscenza va ai Soci e ai volontari che si sono impegnati nella Segreteria Organizzativa e che grazie alla loro efficienza hanno ancora una volta dimostrato lo spirito di autentico volontariato che anima l'Associazione. Questo modo di vivere dall'interno gli obiettivi di promozione e sviluppo della cultura dell'area critica ci pare sempre più utile e apprezzato.

E l'iscrizione di 70 nuovi Soci in sede di Convegno è un dato su cui riflettere.

P.S. Si ricorda che gli Atti di questo Convegno sono in fase di stampa. Saranno disponibili per il prossimo Congresso Nazionale.

L'EMERGENZA SANITARIA

La risposta all'emergenza sanitaria



Publicato su: ISIS n° 12 del 16-3-1992

DPR 27 marzo 1992 n. 76

“Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e P.A. di Trento e di Bolzano in materia di emergenza sanitaria”

Il Presidente della Repubblica

Visto l'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, che detta norme in materia di assistenza sanitaria per l'anno 1992;

Visto il comma 1° della richiamata norma che autorizza il governo ad emanare un atto di indirizzo e coordinamento per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sulla base dei limiti e principi di cui alle successive lettere *a, b, c, d, e*;

Vista la liberazione del CIPE in data 3 agosto 1990 che ha disciplinato, su conforme parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, la priorità degli interventi relativi all'emergenza-urgenza sanitaria ed il rischio anestesilogico anche utilizzando con vincolo di destinazione le risorse in conto capitale del fondo sanitario nazionale;

Visto l'articolo 22 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica e di emergenza territoriale, reso esecutivo con D.P.R. 25 gennaio 1991 n. 41;

Visto il documento tecnico di intesa approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 gennaio 1992;

Visto il parere preso dal Consiglio superiore di Sanità in data 12 febbraio 1992;

Ritenuto che, nelle more della definizione degli standard organizzativi dei costi unitari dei livelli di assistenza uniformi di cui all'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, la Conferenza Stato-Regioni in data 7 febbraio 1992 ha definito l'intesa sul livello uniforme di assistenza del sistema dell'emergenza sanitaria; Ritenuto che le spese in conto capitale per l'organizzazione del livello assistenziale fanno carico agli stanziamenti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, nonché agli stanziamenti in conto capitale del fondo sanitario nazionale; mentre quelle correnti fanno carico al fondo Sanitario nazionale di parte corrente di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 nella misura che sarà determinata ai sensi del combinato disposto della norma di cui ai commi 1 e 16 dell'art. 14 della legge 30 dicembre 1991 n. 412; In conformità alla deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella riunione del 13 marzo 1992.

Decreta

È approvato il seguente atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di emergenza sanitaria.

Articolo 1

(Il livello assistenziale di emergenza sanitaria)

1. Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, il livello assistenziale di emergenza sanitaria da assicurare con carattere di uniformità in tutto il territorio nazionale è costituito dal complesso dei servizi e delle prestazioni di cui agli articoli successivi.

Articolo 2

(Il sistema di emergenza sanitaria)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano organizzano le attività di urgenza e di emergenza sanitaria articolate su:

- a) il sistema di allarme sanitario;
- b) il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria.

Articolo 3

(Il sistema di allarme sanitario)

1. Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale "118". Alla centrale operativa affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. La centrale operativa garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.

2. Le centrali operative della rete regionale devono essere compatibili tra loro e con quelle delle altre regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano in termini di standard telefonici di comunicazione e di servizi per consentire la gestione del traffico interregionale. Con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro delle Poste e Telecomunicazioni, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del

presente atto sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica* sono definiti gli standard di comunicazione e di servizio.

3. L'attivazione della centrale operativa comporta il superamento degli altri numeri di emergenza sanitaria di enti, associazioni e servizi delle unità sanitarie locali nell'ambito territoriale di riferimento, anche mediante convogliamento automatico delle chiamate sulla centrale operativa del "118".

4. Le centrali operative sono organizzate, di norma su base provinciale. In ogni caso nelle aree metropolitane, dove possono all'occorrenza sussistere più centrali operative, è necessario assicurare il coordinamento tra di esse.

5. Le centrali operative assicurano i radiocollegamenti con le autoambulanze e gli altri mezzi di soccorso coordinati e con i servizi sanitari del sistema di emergenza sanitaria del territorio di riferimento, su frequenza dedicate e riservate al servizio sanitario nazionale, definite con il decreto di cui al precedente comma 2.

6. Il dimensionamento e i contenuti tecnologici delle centrali operative sono definiti sulla base del documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 14 gennaio 1992, che viene allegato al presente decreto.

Articolo 4

(Competenze e responsabilità nelle centrali operative)

1. La responsabilità medico-organizzativa della centrale operativa è attribuita nominativamente anche a rotazione con specificazione normativa, a un medico ospedaliero con qualifica non inferiore ad un aiuto corresponsabile preferibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza ed operante nella medesima area dell'emergenza.

2. La centrale operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio. Queste devono essere immediatamente consultabili, e sono assicurate nominativamente, anche a rotazione, da medici dipendenti con esperienza nel settore dell'urgenza ed emergenza, e da medici del servizio di guardia medica di cui all'art. 22 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica e di emergenza territoriale, reso esecutivo con D.P.R. 25 gennaio 1991, n. 41. La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa.

Articolo 5

(Disciplina delle attività)

1. Gli interventi di emergenza sono classificati con appositi codici. Il Ministro della Sanità, con proprio decreto da emanarsi entro 60 giorni dalla data di pub-

blicazione del presente atto sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica*, stabilisce criteri e requisiti cui debbono attenersi le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella definizione di tale codificazione, anche ai fini delle registrazioni necessarie per documentare le attività svolte e i soggetti interessati.

2. L'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del servizio sanitario nazionale. Il Governo determina gli standard tipologici e di dotazione dei mezzi di soccorso ed i requisiti professionali del personale di bordo, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

3. Ai fini dell'attività di cui al precedente comma, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono avvalersi del concorso di Enti e di associazioni pubbliche e private, in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria, sulla base di uno schema di convenzione, definito dalla Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministro della Sanità.

Articolo 6

(Il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria)

1. Fermo restando quanto previsto dall'art.14 del D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128, in materia di accettazione sanitaria, il sistema di emergenza sanitaria assicura:

- a) il servizio di pronto soccorso;
- b) il dipartimento di emergenza.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano gli ospedali sedi di pronto soccorso e dipartimento di emergenza.

Articolo 7

(Le funzioni del pronto soccorso)

1. L'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con la specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto.

2. La responsabilità delle attività del pronto soccorso e il collegamento con le specialità di cui è dotato l'ospedale sono attribuiti nominativamente, anche a rotazione non inferiore a sei mesi, ad un medico con qualifica non inferiore ad aiuto, con documentata esperienza nel settore.

Articolo 8

(Le funzioni del dipartimento di emergenza)

1. Il dipartimento di emergenza deve assicurare nell'arco delle 24 ore, anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale, oltre alle funzioni di pronto soccorso, anche:

- a) interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici;

b) osservazione breve, assistenza cardiologica e rianimatoria.

2. Al dipartimento di emergenza sono assicurate le prestazioni analitiche, strumentali e di immunoematologia per l'arco delle 24 ore giornaliere.

3. La responsabilità delle attività del dipartimento e il coordinamento con le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale sono attribuiti nominativamente anche a rotazione non inferiore a sei mesi, ad un primario medico, chirurgo o rianimatore, con documentata esperienza nel settore.

Articolo 9 (Le funzioni regionali)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano anche a stralcio del Piano sanitario regionale, determinano entro 120 giorni dalla data di pubblicazione del presente atto sulla *Gazzetta ufficiale della Repubblica*, la ristrutturazione del sistema di emergenza sanitaria, con riferimento alle indicazioni del potere tecnico fornito dal Consiglio superiore di sanità, in data 12/2/1991, e determinano le attribuzioni dei responsabili dei servizi che compongono il sistema stesso.

2. Il provvedimento di cui al comma precedente determina altresì le modalità di accettazione dei ricoveri di elezione in relazione alla esigenza di garantire adeguate disponibilità di posti letto per l'emergenza. Con il medesimo provvedimento sono determinate le dotazioni di posti letto per l'assistenza subintensiva da attribuire alle singole unità operative.

Articolo 10 (Prestazioni del personale infermieristico)

1. Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e flebotomi nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

Articolo 11 (Onere del trasporto di emergenza)

1. Gli oneri delle prestazioni di trasporto e soccorso sono carico del servizio sanitario nazionale solo se il trasporto è disposto dalla centrale operativa e comporta il ricovero del paziente. Detti oneri sono altresì a carico del servizio sanitario nazionale anche in mancanza di ricovero determinato da accertamenti effettuati al pronto soccorso. Fanno carico al servizio sanitario nazionale, altresì, i trasferimenti tra sedi ospedaliere disposti dall'ospedale.

Articolo 12 (Attuazione)

1. All'attuazione di quanto disposto dal presente atto provvedono le regioni e le province autonome.

2. Le spese in conto capitale per l'organizzazione del livello assistenziale fanno carico come priorità agli stanziamenti all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 nonché agli stanziamenti in conto capitale del fondo sanitario nazionale mentre quelle correnti fanno carico al fondo sanitario nazionale di parte corrente di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nella misura che sarà determinata ai sensi del combinato disposto della norma di cui ai commi 1 e 16 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

3. Entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente atto sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica* la Conferenza Stato-Regioni verifica le iniziative assunte, lo stato di attuazione del sistema di emergenza sanitaria in ciascuna regione e provincia autonoma, nonché le risorse finanziarie impiegate. Allo scopo di attuare il sistema di emergenza sanitaria nelle regioni che non lo abbiano attuato, in tutto o in parte, la Conferenza Stato-Regioni approva uno schema tipo di accordo di programma che, sottoscritto dal Ministro della Sanità e dal Presidente della regione interessata determina tempi, modi e risorse finanziarie per l'attuazione, anche avvalendosi di apposite conferenze dei servizi. L'accordo di programma può essere attivato anche prima della verifica, su richiesta della regione e provincia autonoma.

La lettura del D.P.R. potrebbe prestarsi a due diverse interpretazioni: una positiva per gli infermieri ed una carica di dubbi e perplessità.

1^a interpretazione:

All'articolo 4: "(...) si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato nonché di competenze mediche di appoggio. (...) La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa".

All'articolo 10: "Il personale infermieristico professionale, nello sviluppo del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio".

Si potrebbe evincere che viene riconosciuto la necessità di una specifica formazione per il personale infermieristico (qui definita addestramento), che viene affidata la responsabilità della gestione della centrale operativa e che si riconosce all'I.P. la competenza e la professionalità per praticare iniezioni endovenose e manovre rianimatorie pur se nell'ambito di protocolli decisi dal medico responsabile.

2^a interpretazione:

È ormai concettualizzazione diffusa in ambito infermieristico su cosa si intenda con i termini protocolli e procedura.

La procedura definisce la sequenzialità degli atti che compongono un'azione infermieristica. La procedura è tendenzialmente rigida, viene definita su basi scientifiche, responsabilizza l'operatore che la attua ed è tendenzialmente slegata dal contesto in cui viene utilizzata. (es.: cateterizzazione vescicale, medicazione di un catetere venoso centrale, massaggio cardiaco, ecc. ...).

Il protocollo è un modello formalizzato del comportamento professionale. Il protocollo (assistenziale), strutturando linee guida di tipo trasversale, orienta, facilita e controlla/valuta, l'insieme delle azioni poste in essere per soddisfare/compensare un bisogno assistenziale o un problema organizzativo comune a più pazienti inseriti nella stessa unità operativa, o coinvolti nella stessa situazione organizzativo assistenziale (soddisfare il bisogno di igiene e comfort, assicurare la funzione cardiocircolatoria, soddisfare il bisogno di respirare, di relazione, ecc. ...).

Il protocollo (assistenziale) è tendenzialmente flessi-

bile, lascia spazio all'autonomia e alla creatività dell'operatore, viene elaborato collegialmente su basi scientifico esperienziali, responsabilizza il gruppo che lo utilizza ed è tendenzialmente legato al contesto in cui è stato elaborato.

Per raggiungere il prefissato standard di risultato, il protocollo (assistenziale) necessita di elaborazione, accettazione ed applicazione di gruppo.

Spesso procedura e protocollo vengono intesi come simili, oppure si usa il termine protocollo per descrivere un elenco di cose da fare in stretta sequenzialità; ciò avviene frequentemente in campo medico e di questo, tipico esempio, sono i "protocolli diagnostici" e i "protocolli terapeutici".

Un utilizzo improprio (casualmente?) del termine protocolli può essere riscontrato in questo D.P.R.

Proviamo a farne una breve analisi, limitata a questo aspetto, per far emergere alcuni spunti di riflessione.

Nel D.P.R. n. 76 il termine protocollo compare nei due articoli, nel n. 4 e nel n. 10.

In entrambi gli articoli il termine viene utilizzato per sottolineare sia la responsabilità operativa che la pratica di iniezioni endovenose e fleboclisi nonché delle altre attività sulla base di protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

Da ciò si evince che più correttamente si dovrebbe parlare di procedure.

Infatti, non pare riscontrarsi elaborazione collegiale, flessibilità nell'utilizzo dello strumento, presa d'atto della professionalità di chi lo dovrebbe utilizzare come "modello formalizzato del comportamento professionale".

Un modello cioè a cui rifarsi per raggiungere prefissati standard di risultato organizzativo ed assistenziale, quali ad esempio, e nel caso di interventi extraospedalieri:

- giungere sul luogo dell'evento entro il range temporale definito internazionalmente;
- garantire le funzioni vitali;
- assicurare il mantenimento delle funzioni vitali durante il trasporto ed il ricovero nel reparto intensivo individuato.

Di contro, se nel citato D.P.R. il termine procedura parrebbe potersi utilizzare con maggiore congruenza, va anche sottolineato che in tal modo si produrrebbero altri e non meno difficili problemi e quesiti:

- quante e quali procedure potrebbero essere utilizzate in quella situazione? e chi lo decide?
- quale procedura è prioritaria? e chi lo decide?
- può esserci o no flessibilità applicativa? e se sì con quale responsabilità?

- quanto può incidere il contesto logistico e la tecnologia a disposizione nel risultato finale?
- quante possono essere le eccezioni alla rigidità della sequenza?

Non è facile rispondere, come pure non è facile definire quale la volontà che ha animato i curatori del D.P.R. n. 76.

A quale modello di infermiere si sono riferiti nel definire l'area di operatività e responsabilità infermieristica?

Ad un professionista formato per operare nell'area critica o semplicemente addestrato (vedi comma 2 art.4) come tutto il personale esecutivo?

Ed inoltre ad un esecutore addestrato solo su alcune abilità: rispondere al telefono, utilizzare il computer, ecc...?

Altro punto che va sottolineato è che nel D.P.R. non si prevede un infermiere Caposala con funzioni di coordinamento del personale infermieristico e di quel-

lo di supporto all'I.P. non tenendo conto di quanto previsto dal D.M. 13 settembre 1988 "Determinazione degli standards del personale ospedaliero" art. 3 punto G- "Coordinamento attività del personale infermieristico ed ausiliario" che testualmente recita: "Per il coordinamento dell'attività del personale infermieristico, tecnico e ausiliario operante entro le unità operative (...) ogni unità operativa formalmente strutturata: un operatore professionale di prima categoria coordinatore (Caposala)."

In mancanza di un Caposala, chi definisce l'orario del personale infermieristico ed ausiliario? Chi ne coordina le attività: il medico responsabile?

Questo D.P.R. come lo leggiamo?

Qual è la lettura autentica?

La prima?

E se fosse la seconda, quale sarà la ricaduta sulla qualità delle prestazioni offerte dal Servizio di Emergenza sanitaria ai cittadini?

UN INIZIO DIFFICILE

Aggiornamento Infermieristico in Patologia Neonatale

Ospedale Regionale di Bolzano, Sala Convegni
18-19-20 febbraio 1993

ORGANIZZAZIONE	Vigilatrici d'Infanzia del Collegio IP.AS.VI. di Bolzano
SEGRETERIA SCIENTIFICA	Vigilatrice d'Infanzia A.F.D. Appoloni Manuela Vigilatrice d'Infanzia Spec. Thaler Marlis Reperto di Terapia Intensiva Neonatale Ospedale Generale Regionale di Bolzano Tel.: 0471 - 908653 Fax : 0471 - 981323
INFORMAZIONI E ISCRIZIONI	INFOMED S.n.c. Via S.Osvaldo 14/A - 39100 BOLZANO Tel.: 0471 - 972545 Fax : 0471 - 981323
INIZIO DEI LAVORI:	giovedì 18 febbraio 1993 - ore 15.30
CHIUSURA DEI LAVORI:	sabato 20 febbraio 1993 - ore 12.15
LINGUE	Italiano/Tedesco (traduzione simultanea)
SESSIONI	I. Organizzazione strumentale di un'unità di Terapia Intensiva Neonatale II. Trasporto del prematuro e del neonato III. Assistenza al prematuro e al neonato intubato IV. Assistenza al prematuro e al neonato cardiopatico V Assistenza al figlio di madre tossicodipendente VI. Fisioterapia al prematuro e al neonato
RELATORI E TEMI:	
BRAMA CECILIA Ospedale di Viterbo	"Rapporto psicologico tra vigilatrice d'infanzia e prematuro"
CAMPANA LUCIANA e ORRU ROSSANA Ospedale Bambin Gesù Roma	"Il paziente con cardiopatia congenita complessa: problemi dell'assistenza infermieristica nel periodo pre- e post- operatorio"
CASTENI NADIA Istituto G. Gaslini Genova	"Modulo di terapia intensiva e tecnica d'uso nell'assistenza al neonato affetto da insufficienza respiratoria"
CHIAPATTI RAFFAELLA Arcispedale S. Anna Ferrara	"Assistenza al prematuro intubato durante il trattamento con surfactante"
DE PAOLA MARTINA Ospedale Generale Bolzano	"Assistenza al bambino di madre tossicodipendente: la nostra esperienza"
FIORELLI ELISABETTA Ospedale Bambin Gesù Roma	"Il trasporto del neonato patologico: ruolo del personale infermieristico"

LUERTI CARLA Ospedale Magg. Niguarda Milano	“Inquadramento diagnostico e follow-up del neonato cardiopatico”
MANGIAROTTI ROMANA IRCCS Policlinico S. Matteo Pavia	“Assistenza al neonato in terapia intensiva”
MIRABILE ELVIRA Policlinico Gemelli Roma	“Indirizzo e coordinamento nell’organizzazione dell’aspetto tecnico in T.I.N.”
MUSCIONICO RENATA Ospedale S. Anna Como	“Problematiche infermieristiche relative al trasporto del prematuro e del neonato”
NERI CRISTINA Ospedale Generale Bolzano	“Esperienza lavorativa di organizzazione e assistenza personalizzata al bambino intubato nella nostra T.I.N.”
PALLADINO MARGHERITA Ospedale Generale Bolzano	“Aspetti relazionali legati all’evoluzione tecnica dell’assistenza in terapia intensiva neonatale”
RAINA LIVIA Ist. Macedonio Melloni Milano	“Assistenza al bambino intubato: l’importanza della FKT polmonare”
RONCAROLO FRANCESCA Ospedale Generale Bolzano	“Il bambino ‘rischio’: nascita delle prime relazioni affettive in un reparto di T.I.N.”
ROVATI ROBERTO Ospedale Clinicizzato San Donato Milanese	“L’assistenza al bambino HIV-positivo, figlio di madre tossicodipendente”
<i>ESTERI:</i>	
AESCHENBACH YVONNE Centro Cardiologico - T.I. Monaco	“Integrazione dei genitori in un reparto di terapia intensiva cardiologica”
ECKER ROSINA Centro Cardiol. -T.I. Monaco	“Osservazione e assistenza del neonato con cardiopatia congenita”
FREUD MONIKA Clinica Univ. Graz (A)	“Aspetti terapeutici neurofisiologici del prematuro e del neonato”
KOGLER GABY Clinica Univ. Innsbruck (A)	“Trasporto del prematuro e del neonato”
MADLUNG MELANIE Clinica Univ. Innsbruck (A)	“Assistenza a pazienti terminali e ai loro genitori in un reparto di terapia intensiva neonatale”
MEYER EVA Ospedale Univ. Zurigo (CH)	“Aspetti infermieristici dell’assistenza di neonati, figli di madri tossicodipendenti”
SEULING URSULA Ospedale Infantile St. Gallen (CH)	“Monitoraggio di un reparto di terapia intensiva: aiuto o sovraccarico di lavoro?”
STOFFEL GABY Ospedale Infantile Zurigo (CH)	“Un neonato (prematuro) ventilato: quali informazioni non vengono date dal monitoraggio?”
TIMMERER CHRISTA Ospedale Infantile Zurigo (CH)	“Posizionamenti, contatto corporeo e sostegno affettivo come possibilità aggiuntive per influenzare la terapia respiratoria”
UNTERLECHNER EVA Clinica Univ. Graz (A)	“Dotazione e organizzazione del Reparto di Neonatologia”
WIMMER RUPPERT Ospedale Generale Styer (A)	“Aumentare la qualità dell’igiene mediante una migliore comunicazione”

Nel corso del 1991, l'Aniarti ha curato la pubblicazione di diversi Atti, che si riferiscono ad altrettanti congressi regionali e nazionali.

Di seguito si vuole proporre ai colleghi un elenco dettagliato di questi Atti, in modo da fornire utili conoscenze sia per affrontare argomenti nuovi o ancora poco approfonditi, che per offrire una ricca bibliografia utilizzabile per ampliare le tematiche presentate.

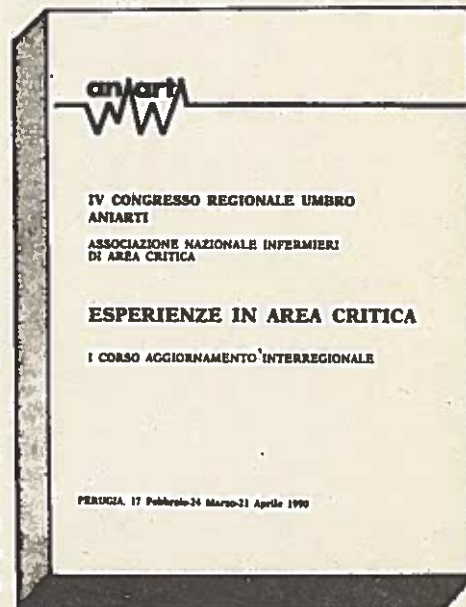
Atti del IV Congresso regionale umbro

ESPERIENZA IN AREA CRITICA

Perugia, 17 febbraio, 24 marzo, 21 aprile 1990 pp 131.

Il testo è composto da sei parti così suddivise:

- 1) si sottolinea il concetto di Area Critica e si analizza in maniera approfondita l'autonomia professionale in Area Critica, indicando come per l'infermiere che vi opera quotidianamente, sia necessaria una accurata specializzazione;
- 2) si analizza l'insorgenza delle infezioni nei cateteri venosi centrali e arteriosi, cercando di individuarne le cause. Segue poi un'indagine statistica relativa ad esami culturali eseguiti su aghi venosi periferici;
- 3) questa parte riferita alla Pediatria. Si parla dell'assistenza in sala parto al neonato gravemente compromesso, all'assistenza al bambino con urgenze cardiologiche e neurologiche, della riabilitazione pediatrica nell'Area Critica e della dimissione protetta del neonato;
- 4) il coordinatore di "Bologna soccorso" parla di emergenza, focalizzando l'attenzione all'elicottero sanitario;
- 5) l'infermiere professionista e la donazione d'organi è l'argomento di questa parte. L'esposizione si riferisce alle relazioni tra i parenti del donatore multiorgano e alle implicazioni etiche e psicologiche tra l'infermiere professionale e il donatore;
- 6) l'ultima parte si riferisce all'assistenza e alla riabilitazione in Terapia Intensiva. Si parla di assistenza del traumatizzato toracico, del coma post-traumatico, del monitoraggio emodinamico e della rianimazione cardiopolmonare.



Atti del I Congresso regionale toscano

STANDARDS DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E PROBLEMI RELAZIONALI IN AREA CRITICA

Firenze, 30-31 marzo 1990 pp 158.

In queste due giornate si sono alternati autorevoli relatori che hanno offerto un elevato ed interessante contributo nell'affrontare queste due tematiche.

- 1) Per quanto riguarda gli standards del personale infermieristico:
 - a) valutazione della qualità dell'assistenza e obiettivi dell'OMS;
 - b) D. R. Gs. (Diagnostic Related Groups), ovvero di un metodo attualmente utilizzato negli U.S.A. come sistema di finanziamento degli Ospedali in senso prospettivo;
 - c) problemi di congruenze tra profilo professionale e attività lavorativa nella assistenza infermieristica;
 - d) rilevazione dei carichi di lavoro nella U.S.L. 23 di Arezzo, ipotizzando la riorganizzazione del lavoro infermieristico;
 - e) lavoro sperimentale effettuato nell'U. S. L. 10/D di Firenze sugli standard infermieristici in Terapia Intensiva;
 - f) analisi dell'iter legislativo nella determinazione del fabbisogno di personale infermieristico;
 - g) TOSS (Time Oriented System), una scheda per la rilevazione dei tempi di assistenza nelle Terapie Intensive.
- 2) Le relazioni riferite ai problemi relazionali trattano di:
 - a) comunicazione come esperienza e metodo del nursing;
 - b) interazione infermiere-paziente;
 - c) metodiche sperimentali di formazione finalizzata alla comunicazione terapeutica;
 - d) interazione infermiere-genitore in un reparto pediatrico;
 - e) indagine sulla comunicazione tra infermiere e familiari.



Atti del I Convegno regionale Lombardia

L'AREA CRITICA IN LOMBARDIA, ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Bergamo, 20-21 aprile 1990 pp 101.

All'interno delle due giornate sono stati affrontati tre differenti argomenti.

- 1) L'Area Critica intesa come modello professionale e formativo: *a)* analisi dell'assistenza infermieristica non più intesa come un elenco di compiti, ma come un insieme complesso di prestazioni; *b)* proposta del corso di specializzazione in Area Critica; *c)* indagine descrittiva dei dati essenziali delle strutture di Area Critica presenti nella regione Lombardia, effettuata dai delegati regionali in collaborazione a molti soci che hanno offerto il loro contributo.
- 2) Dibattito sulla qualità e quantità del personale infermieristico in Area Critica, con l'interrogativo riferito all'esistenza reale o presunta dell'emergenza infermieristica.
- 3) Valutazione dei costi umani e sociali delle infezioni ospedaliere: *a)* ruolo dell'infermiere epidemiologo nell'Area Critica; *b)* problema della sterilizzazione in Ospedale; *c)* comportamento mirato alla prevenzione delle infezioni ospedaliere di fronte al paziente critico; *d)* valutazione economica dei programmi di controllo delle infezioni ospedaliere; *e)* valutazione del rapporto costo-beneficio, esaminando la diminuzione delle infezioni e dei tempi di degenza; *f)* utilizzo del materiale monouso nel trattamento dei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale meccanica.

Atti del XIII Congresso nazionale

L'UOMO E L'AREA CRITICA

Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

Gli Atti si aprono con una lettura dei bisogni di competenza infermieristica ed una puntualizzazione sul concetto di prestazione. A questo fa seguito la presentazione di differenti esperienze effettuate in diversi settori.

- 1) Settore Cardiologia, UTIC, Cardiochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente cardiopatico in condizioni critiche; *b)* nursing al paziente sottoposto ad angioplastica; *c)* bisogni assistenziali e aspetti tecnici del paziente sottoposto a contropulsazione intra-aortica; *d)* aspetti tecnici dell'angioplastica; *e)* elettrostimolazione transesofagea; *f)* problemi comportamentali dell'anziano ricoverato in I.C.U.
- 2) Settore neonatologia pediatrica: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in Area Critica pediatrica; *b)* piani di assistenza a bambini lungodegenti in Area Critica pediatrica; *c)* analisi dei bisogni del neonato in Area Critica; *d)* piano di assistenza tipo ad un neonato pretermine e ad un bambino affetto da leucemia; *e)* la pianificazione della comunicazione neonatale.
- 3) Settore Terapia Intensiva generale: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in T.I. generale; *b)* piano di assistenza ad un paziente politraumatizzato; *c)* aspetti tecnici della V.A.M. e svezzamento; *d)* la ventilazione a polmoni separati (ILV) nella pratica assistenziale; *e)* nutrizione enterale e parenterale; *f)* protocollo sull'umidificazione e l'aspirazione tracheo-bronchiale; *g)* metodiche di nursing e prevenzione delle complicanze infettive nella cannulazione venosa centrale.
- 4) Settore Centro Ustioni: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente ustionato; *b)* piano di assistenza ad un paziente ustionato.
- 5) Settore Dialisi: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente pediatrico dializzato cronico e critico; *b)* piano di assistenza tipo al paziente dializzato critico.
- 6) Settore Emergenza: *a)* esperienza organizzativa didattica ed operativa; *b)* assistenza al paziente con I.M.A.; *c)* gestione di un politraumatizzato dalla strada alle strutture; *d)* reazioni dell'infermiere alle situazioni di emergenza; *e)* corretto utilizzo delle strutture del P. S. da parte dell'utente; *f)* formazione e training per l'infermiere che opera nel soccorso territoriale.
- 7) Settore Neurochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del traumatizzato cranico; *b)* piano di assistenza tipo ad un paziente in coma e nel risveglio; *c)* tecniche di monitoraggio della pressione intracranica.
- 8) Settore Sala Operatoria: *a)* l'infermiere in sala operatoria tra problemi del malato e risposte assistenziali. Proposte di ricerca; *b)* proposta di modello organizzativo di sala operatoria; *c)* piano di assistenza ad un paziente in sala operatoria.

Sono inoltre presenti relazioni rivolte ai problemi dell'infermiere in Area Critica:

- la sindrome del burnout negli operatori dell'area critica;
- l'analisi transazionale; e relazioni di più ampio respiro;
- l'infermiere di Area Critica e la società italiana;
- la salute per tutti nell'anno 2000. Obiettivi di interesse sociale e relazione con l'Area Critica.



AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

Riva del Garda, 14-17 novembre 1990 pp 242.

Gli Atti di questo Congresso nazionale si aprono con una analisi delle radici dell'Area Critica. Viene posta particolare attenzione all'organizzazione e alla formazione.

- 1) Per quanto riguarda l'organizzazione: *a)* elementi di progettazione delle strutture organizzative; *b)* settori medici ed Area Critica: la diversità dell'ottica; *c)* proposta di uno schema organizzativo per l'Area Critica.
- 2) Per l'obiettivo formazione: *a)* il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assistenza in Area Critica; *b)* le attualità e le prospettive della legislazione italiana per le specializzazioni infermieristiche; *c)* ha fatto seguito una tavola rotonda composta da autorevoli relatori, tra i quali l'On. Renzulli (relatore del ddl 5081 sul riordino delle professioni infermieristiche) e l'On. Morini (direttore generale Ospedali del Ministero della sanità). Questo Congresso è stato inoltre caratterizzato dalla presenza di molti gruppi di ricerca che hanno portato il loro contributo su tre differenti tematiche.
- 3) L'incidente critico come indicatore di qualità del processo assistenziale. Le relazioni sono: *a)* definizione di incidente critico, indicatore di qualità, qualità dell'assistenza; *b)* descrizione di tre incidenti critici; *c)* analisi: punti di caduta sotto l'aspetto professionale, organizzativo e formativo; *d)* l'incidente critico come strumento di analisi e formazione dell'infermiere nell'Area Critica.
- 4) Nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto. Le relazioni sono: *a)* nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto; *b)* visione della morte nel tempo e nella cultura; *c)* il vissuto della morte: ruolo di mediazione dell'infermiere tra l'equipe ed il malato.
- 5) Il sonno ed il riposo: bisogno di risposta infermieristica per una assistenza di qualità. Le relazioni sono: *a)* il sonno e il riposo: aspetti neuropsicobiologici e le alterazioni più comuni del sonno; *b)* la deprivazione di sonno in Terapia Intensiva; *c)* interventi infermieristici finalizzati alla riduzione dei disturbi del sonno e del riposo e del ripristino del ritmo sonno-veglia dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva; *d)* cause di alterazione del ritmo sonno-veglia in Area Critica.

Per concludere, sono state affrontate nella sezione "Infermiere e pianeta" due relazioni dal titolo:

- nuove prospettive di etica per la professione sanitaria
- critica della ragione sanitaria.

Atti degli incontri di aggiornamento

IL SABATO CON L'ANIARTI

Milano, 20 aprile, 4 maggio, 8 maggio, 1° giugno 1991 pp. 169.

Questi incontri di aggiornamento sono stati organizzati seguendo precisi obiettivi:

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

In ogni giornata sono stati affrontati argomenti differenti.

I Le fasi critiche del paziente sottoposto ad intervento chirurgico

a) assistenza infermieristica al paziente in preparazione all'intervento chirurgico; *b)* ruolo dell'infermiere professionale in sala operatoria: assiste il medico o il paziente?; *c)* assistenza infermieristica al paziente nel decorso post-operatorio; *d)* proposta di cartella infermieristica integrata; *e)* scheda infermieristica di chirurgia e sala operatoria.

II Emergenza ospedaliera ed extraospedaliera

a) analisi della normativa; *b)* soccorso extraospedaliero: la realtà di Milano; *c)* l'esperienza di un anno di lavoro del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica di Vicenza; *d)* l'esperienza dell'istituzione della rete regionale dell'emergenza. Il 118 in Friuli Venezia Giulia.

III Problematiche del paziente dializzato

a) aspetti organizzativi di un servizio di emodialisi; *b)* assistenza infermieristica al paziente sottoposto a emodialisi; *c)* assistenza infermieristica al paziente sottoposto a dialisi peritoneale; *d)* aspetti psicologici e reinserimento sociale del paziente dializzato; *e)* proposta ANIARTI per il corso di specializzazione in Area Critica.

IV Aspetti etici e accanimento terapeutico (Tavola rotonda)

a) il codice deontologico come guida del professionista. Il dibattito è stato affrontato sotto differenti e autorevoli punti di vista: - filosofico; - infermieristico; - medico; - del movimento federativo democratico.

RICHIEDERLI A: R. D'Amuri - P.zza Corazzini, 4 - 06074 Ellera Corciano (PG) Tel./Fax (075) 5170473



Consiglio direttivo

DRIGO ELIO:

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461
c/o Ilo Med. Urg. osp. Udine Tel. 0432/552658

SILVESTRI CLAUDIA:

Via Picutti, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444/515766 c/o SUEM O.C. Vicenza
Tel. 0444/510000

BANCOLINI CLAUDIA:

Via Marzabotto, 281 20099 SESTO SAN GIOVANNI (MI) Tel. 02/2427705 c/o Ter. Int. "Fatebenefratelli" MI - Tel. 02/6363483

CASTELLANI MASSIMILIANO:

Viale Giotto, 6 00153 ROMA
Tel. 06/5775225 c/o Rian. "Fatebenefratelli" RM Tel. 06/5873326

CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE
Tel. 055/7322323
c/o T.I. T.Cardioc. Careggi FI Tel. 055/4277557

D'AMURI RANIERO:

Piazza S. Corazzini - Località "Il Rigo" 06074
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)
Tel. 075/5170473
c/o Infettivologia Osp. PG - Tel. 075/5783366

PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040/416188
c/o Direttrice Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel. 040/3785206

SILVESTRO ANNALISA:

Via Monte S. Marco, 38 33100 UDINE
Tel. 0432/545329 - c/o Ufficio Aggiornamento USL
n. 7 Udinese
Tel. 0432/552351

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 1 89015 PALMI (RC)
Tel. 0966/21548 - c/o Rian. Palmi
Tel. 0966/45471

VILLANI SILVIA:

Via Tosarelli, 170 40055 CASTENASO (BO)
Tel. 051/789443
c/o Rian. Osp. Bellaria BO
Tel. 051/8225543

Consiglio Nazionale

FRIULI VENEZIA GIULIA

LORENZUTTI MIRELLA:

Via Sales, 40 - Sgonico 34100 TRIESTE
Tel. 040-229561 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Osp. Infantile "Burlo Garofalo" - Tel. 040-3785212

RAFFIN LUCIA:

Viale Rocco, 20/3 - 20127 PORDENONE
c/o Centrale Operativa Emergenza
Tel. 0434-399505
Osp. "S. Maria degli Angeli" PORDENONE

VENETO

BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel. 0422-23591
c/o Rianimazione Centrale Tel. 0422-582444/582793
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

DONÀ LUIGI:

Via Monte Zaitolo, 137/b - 36057 TORRI DI ARCUGNANO (VI) - Tel. 0444-940015
c/o Rianimazione 2a Tel. 0444-993865/993882 U.S.L. n. 8 - VICENZA

FAVERO WALTER:

Via Volpino, 68 - 30030 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) - Tel. 041-5730277
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 049-8213100 Ospedale Civile - PADOVA

PEGORARO CHIARA:

Via Giovanni XXIII, 16 - 35010 Vigodarzere PADOVA
Tel. 049-8870593

TOFFANIN MICHELA:

Via Pasubio, 8 - 35010 CITTÀ LIMEA (PADOVA) - Tel. 049-767124
c/o Ospedale - Tel. 8212222/1

LOMBARDIA

BONFOCO ELIANA:

Via Mangiarotti, 8 - 27042 BRESSANA BOTTARONE (PV) - Tel. 0383-88423
c/o Rianimazione II - Tel. 0382-388769/388766
Policlinico "S. Matteo" - PAVIA

BONZI ENRICA:

Via Broseta, 29 - 24100 BERGAMO - Tel. 035-216772
Tel. 0345-43326
c/o Terapia Intensiva Neurochirurgica - Tel. 035-289394
O.O.R.R. - BERGAMO - Largo Barozzi, 1 BG

BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRADONA (SONDRIO) - Tel. 0342-853042
c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 02-8363414 Ospedale "Fatebenefratelli" - Tel. 02-8363483

GIROLETTI ALFREDO:

Via G. Amendola, 7 - 26010 Pianengo (CR) - Tel. 0373-201501
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva - Tel. 0373-893268
Ospedale Maggiore - CREMA - Tel. 0373-893222

SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) - Tel. 039-9906219
D.D. Scuola I.P. - MERATE - Tel. 039-9903655

PIEMONTE

GHIO M. TERESA:

Via Ventimiglia, 152 - 10127 TORINO - Tel. 011-8634818
Ospedale S. Luigi Orbassano - Tel. 011-9028347

GIORDANO PAOLA:

Via Frejus, 115 - 10139 TORINO
Tel. 011-331327
c/o Camera Operatoria Ospedale "Molinetta" - 10139 TORINO - Tel. 011-8586 249/259

PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170

SCHMITZ CLAUDIA:

Via Nizza, 218 - 10128 TORINO
Tel. 011-873258
c/o Rianimazione Osp. Infantile "Regina Margherita" U.S.L. n. 9 TORINO - Tel. 011-8965256

SOVRANI MARCO:

Via Morghen, 25 - 10143 TORINO
Tel. 011-7713680
c/o Ospedale "Mauriziano" - Terapia Intensiva - TORINO - Tel. 011-5080413

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 16166 QUINTO (GENOVA) - Tel. 010-338980
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5836440 Istituto "G. Gaslini" - GENOVA

AGENO GIACOMO:

Corso Perrone, 2/13 - 16152 Genova Cornigliano

EMILIA-ROMAGNA

LAVALLE TIZIANA:

Via della Beverara, 155 - 40131 BOLOGNA - Tel. 051-8348491 c/o Centrale di Sterilizzazione - Tel. 051-8348430 Ospedale Maggiore - U.S.L. n. 27 - BOLOGNA

SABBATANI PIETRO:

Via Caprera, 39 - 48100 RAVENNA
Tel. 0544-481674 c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 0544-409287 Ospedale "S. Maria della Croce" - RAVENNA

SPOSITO DONATELLA:

Via Gandino, 38 - 40137 BOLOGNA
Tel. 051-308845 c/o Serv. di Anest. e Rianim.
Tel. 051-8225543 Ospedale "Bellaria" BOLOGNA

TOSCANA

BRESCHIGLIARO PAOLO:

Via del Fante, 30 - 58010 ALBERESE (GROSSETO) - Tel. 0584-407047
c/o Rianimazione - Tel. 0584-485248 Ospedale "Misericordia" - GROSSETO

MANGANI STEFANO:

Via Lavagnini, 30 - 50143 FIRENZE - Tel. 055-470220
c/o Terapia Intensiva Cardiochirurgica - Tel. 055-2343830
Clinica "Villa Maria Beatrice" - FIRENZE

MARSURI SERENA:

Via Urbinese, 27/A - 52028 PIAN DI SCO' (AREZZO) - Tel. 055-951754
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlinico "Careggi" - FIRENZE

SCHIRRU MASSIMO:

Via della Bassata, 58 - 57100 LIVORNO - Tel. 0586-807824
c/o Rianimazione Tel. 0586-418370 Ospedale

RISALITI GIANNI:

Via Parini, 22 - 50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. 055-4211033

MARCHE

FELCINI OLDANO:

Via Abruzzi, 3 - 60035 IESI (ANCONA) - Tel. 0731-542046
c/o Cardiocirurgia - Tel. 071-5965312
Ospedale Cardiologico - ANCONA

ABRUZZI

CAMPANA GIUSEPPE:

Via Amendola, 9 - 66100 CHIETI
DI MATTEO DOMENICA:
Via A. Moro, 7 - 65013 Città S. Angelo PESCARA

UMBRIA

DONATELLI NICOLETTA:

Via del Gargani, 9 - 05036 Nervi Scalo TERNI
Tel. 0744-737515 - c/o Sala Operatoria Ospedale

MANCINELLI LUCIANO:

Via della Pallotta, 15/A/1 - 06100 PERUGIA - Tel. 075-35712
c/o Centro di Formazione permanente
PESCIAIOLI ALESSANDRA:
Via Borroni, 85 - 06034 FOLIGNO - Tel. 0742-51493
c/o Serv. di Anest. e Rianim. Ospedale - FOLIGNO

LAZIO

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel. 06-8245821
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-85192215 Ospedale "BAMBINO GESU'" - ROMA

MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA
TORRE ROBERTO:
Via delle Canapiglie, 84 - 00169 ROMA

PUGLIA

CONTI GIUSEPPE:

Via Martin Luter King, 93 - 70124 BARI - Tel. 080-5510164
c/o Servizio di Anestesia e Rianimazione - Tel. 080-275198
275199 Ospedale "Di Venere" BARI

SARDEGNA

DESOGUS MARCO:

Via Cavalcanti, 2 - 09100 SELARGIUS (CAGLIARI) - Tel. 070-531573
c/o Terapia Intensiva Cardiochirurgica Tel. 070-539200
Ospedale "San Michele" - U.S.L. n. 21 - CAGLIARI

MARONGIU MARIA TERESA:

Via G.M. Angiolini, 103 - 08028 ORANI (NUORO)
Tel. 0784-74559 c/o Serv. di Anest. e Rianimazione
Tel. 0784-36302 Ospedale "S. Francesco" - NUORO

SICILIA

FICILE GIUSEPPE:

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel. 091-422032
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel. 091-8664524/10
Ospedale Civico - U.S.L. n. 58 PALERMO

SI PREGANO I DELEGATI I CUI INDIRIZZI NON SONO ANCORA PERVENUTI OPPURE RISULTANO INCOMPLETI O INESATTI DI FAR PERVENIRE CORREZIONI E VARIAZIONI ALLA REDAZIONE.

*Se l'Associazione
è un grande passo avanti,
rinnovarla
può portarti
ancora più lontano*

La nostra associazione coinvolge e rappresenta gli infermieri italiani di area critica e di emergenza, favorendo l'aggiornamento professionale e culturale dei soci.

Essere parte della più grande associazione culturale di infermieri presente oggi in Italia

significa

- contribuire direttamente a sviluppare la professionalità infermieristica;
- essere informati su proposte di aggiornamento e formazione specifica;
- poter partecipare attivamente a iniziative e studi a livello nazionale e locale;
- essere protagonista dei più importanti avvenimenti internazionali di incontro e studio tra infermieri dell'area critica.

permette

- di conoscere le più significative esperienze infermieristiche dell'area critica;
- di stabilire collegamenti con colleghi, strutture ed associazioni nazionali ed estere;
- di disporre di informazioni sulla bibliografia italiana e internazionale del nostro settore;
- di ricevere la rivista scientifica e informativa dell'associazione "Scenario, il nursing della sopravvivenza".

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE
ALL'ANIARTI PER IL 1993

NUOVA ISCRIZIONE

RINNOVO TESSERA

COGNOME

NOME

M

F

VIA

CAP CITTÀ

PROV TEL

TITOLO PROF. CONSEGUITO
NELL'ANNO

IP 19..... IPS 19..... VI 19.....

AS 19..... APD 19..... DAI 19.....

IID 19..... IG 19.....

ALTRO

LAVORA PRESSO

INFORMAZIONI A SCOPO
STATISTICO

Titolo di studio

MEDIA INFERIORE II
SC.M.SUP.

DIPLOMA SC.M.SUP. UNI-
VERSITÀ ALTRO

n. posti letto ospedale in cui lavori

meno di 100 100-299

300-499 500-799

800-1999 OLTRE I 2000

Esperienza di assistenza in area critica

meno di 2 anni 2-3 anni

4-5 anni 6-10 anni

10-15 anni più di 15 anni

Data Firma

Quota associativa annuale per il 1993
L. 30.000: versamento su c/c postale
n. 11064508 intestato a: ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 FIRENZE
(accludere alla scheda di associazione
il giustificativo di versamento).

**NUOVA! CON CARATTERISTICHE
ESCLUSIVE
DI COMPLETA ED IMMEDIATA PROGRAMMABILITA' E SICUREZZA**



**Pompa a Siringa
Serie 770**

Compatibile con
una vasta gamma di
siringhe da 10 a 60 cc

**SERIE 770
A PRESSIONE VARIABILE**

Ora presente direttamente anche in Italia:

IVAC

Divisione Medical Devices Diagnostics
della ELI LILLY ITALIA S.p.A.

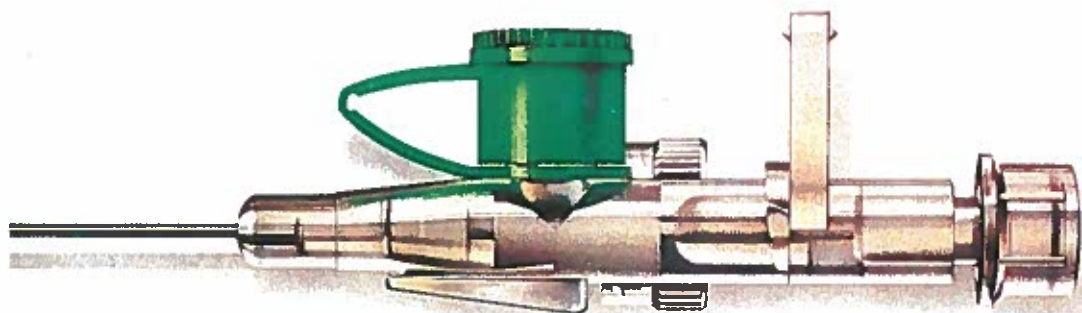
50019 Sesto F.no (FI)

Via Gramsci 731/733-C.P. 193-177

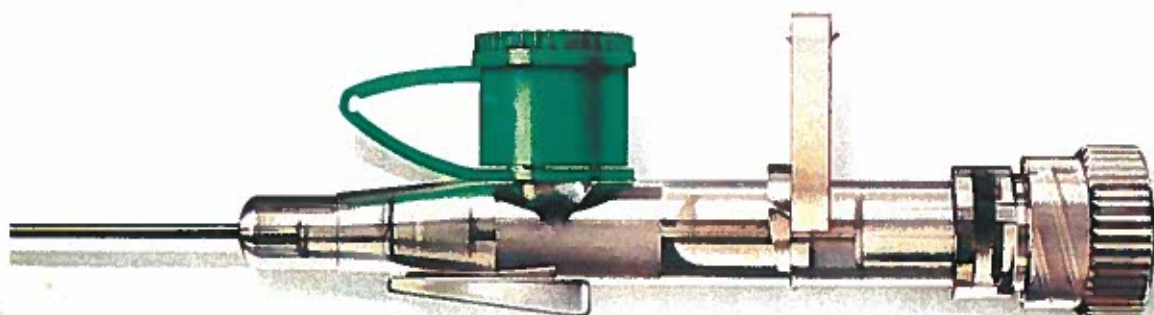
Tel. 055/42571 - Fax 055/4257285



**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