

L'uomo al centro del nostro progetto.



UNA GAMMA
COMPLETA
DI PRODOTTI
PER ANESTESIA
E RIANIMAZIONE.

DAR
DIPARTIMENTO
ANESTESIA
E RIANIMAZIONE

Mallinckrodt Medical S.p.A. - Via Galvani, 22 - 41037 MIRANDOLA (MO) - Tel. 0535/617711 - Fax 0535/26442



Corsi di aggiornamento - Bergamo, 19 maggio-2 giugno 1995

Direttore Responsabile

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

Comitato di Redazione

E. Drigo
A. Silvestro
P. Spada
C. Silvestri

**Segreteria Amministrativo/
Organizzativa**

Gianfranco Cecinati
Via Val di Sieve, 32
50127 Firenze

Pubblicità

Annunziata Pinzari
Via G. di Montpellier
00166 Roma
Tel. 06-6245921
Ter. Int. Gen. Osp. Bambin Gesù - Tel. 06-68592215

Tariffe

Iscrizione Aniarti 1995 (comprensiva di Scenario)	Lit. 30.000
Abbonamento individuale	Lit. 40.000
Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni, Biblioteche Unità operative, Istituzioni, Scuole)	Lit. 100.000

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 a:

Uffici ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Fax 055 435700
Tel. 055 434677

Stampa

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

SOMMARIO

Corsi di aggiornamento

Bergamo, 19 maggio-2 giugno 1995

Sede: Casa del Giovane, Via Mauro Gavazzeni, 13

LA "SCOPERTA" DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO di <i>Elio Drigo, Annalisa Silvestro</i>	pag. 3
INSERIMENTO DEGLI INFERMIERI IN AREA CRITICA	
INTRODUZIONE DEL MODERATORE di <i>P. Spada</i>	» 4
L'INSERIMENTO DEL PERSONALE COME STRATEGIA PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE IN AREA CRITICA di <i>C. Bertocchi</i>	» 5
RUOLO E FUNZIONI DELL'I.P.A.F.D. E DELL'I.P. DI REPARTO NELL'INSERIMENTO DEL COLLEGA ALL'INTERNO DELL'ÉQUIPE di <i>M.C. Allemano</i>	» 8
MODALITÀ DI INSERIMENTO PER AGEVOLARE E FAVORIRE L'ACCOGLIMENTO DEL PERSONALE IN AREA CRITICA di <i>M. Monfredini, C. Baronio, C. Anelli, L. Bazzani, V. Cova, A. De Simone</i>	» 11
STRUMENTO OPERATIVO PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE AL TERMINE DEL PERIODO DI PROVA di <i>G. Zucchinalli</i>	» 14
DIBATTITO	
L'INSERIMENTO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE IN AREA CRITICA	» 29
ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO	
COMPETENZE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA IN ATTESA DI TRAPIANTO di <i>A. Maffioletti</i>	» 32
ABILITÀ TECNICHE E COMUNICATIVE NELLA RELAZIONE ASSISTENZIALE di <i>E. Marcellini</i>	» 35
RECUPERO E RIABILITAZIONE VERSO L'AUTONOMIA DELLA PERSONA CON ORGANI TRAPIANTATI di <i>R. Ruhrmann</i>	» 40
LA QUALITÀ ASSISTENZIALE AI FINI DI UN OTTIMALE REINSERIMENTO SOCIALE DELLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO di <i>C. Pegoraro, P. Bertarelli</i>	» 43
DIBATTITO	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO D'ORGANO	» 47
XV CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI	» 53
RECENSIONI DI LIBRI	» 54

LA “SCOPERTA” DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

L'istituzione delle “Aziende” sanitarie ha reso necessaria la ridefinizione dei modelli organizzativi attraverso i quali queste ultime devono raggiungere gli obiettivi di salute. In tale logica stiamo assistendo ad una positiva concordanza di intenti di associazioni professionali, Collegi (in Lombardia hanno raccolto oltre 8.000 firme per chiedere una Legge Regionale che istituisca il Servizio Infermieristico), gruppi di infermieri nel richiedere ai Direttori Generali delle varie Aziende l'istituzione del Servizio Infermieristico (S.I.).

Esistono opportunità, spazi e la reale possibilità di vedere concretizzata tale richiesta. È evidente che l'istituzione del S.I. con al suo vertice un infermiere in possesso dei titoli e delle competenze necessarie comporterà una ridefinizione degli ambiti di potere e di negoziazione dei diversi gruppi professionali che operano all'interno delle Aziende.

Ma davvero è importante spendere energie e risorse per richiedere l'istituzione del S.I.?

E tale Servizio sarà utile per il cittadino oppure solo per la rivalse di un gruppo che ha voglia di emergere o per il prestigio personale di pochi?

Il Servizio Infermieristico è l'insieme delle prestazioni e dei processi di lavoro messi in atto per garantire una risposta infermieristica alla domanda di salute della collettività.

Stante la peculiarità dell'assistenza infermieristica che si fonda sulla centralità della persona e che utilizza una specificità disciplinare propria, è necessario che l'insieme delle prestazioni e dei processi di lavoro siano pensati, attivati, gestiti, valutati e diretti da esperti e cultori della disciplina stessa.

Non è certo questo il quadro nel quale gli infermieri si trovano: la preponderanza della diagnosi e della cura e quindi dei medici, relegano il processo dell'assistenza a elemento di contorno e gli infermieri a professione “ausiliaria”.

Non sarà semplice proporre la rivoluzione culturale e organizzativa che il S.I. di per sé implica:

- il riconoscimento della pari dignità disciplinare ed operativa con gli altri professionisti della sanità;*
- la presa d'atto della specificità del sapere e del fare infermieristico che richiedono un'organizzazione ed una dirigenza propria;*
- la consapevolezza aziendale che è necessario attivare una struttura organizzativa ad hoc per rendere il servizio infermieristico univoco, integrato e dinamicamente collegato al bisogno della collettività ed al mandato istituzionale.*

Questa rivoluzione rappresenta comunque il passaggio obbligato se si vuole, se si intende ancora, garantire qualità delle prestazioni ai cittadini e dignità agli infermieri. Chi tra gli infermieri può o aspira ad essere dirigente di un S.I. sa dunque, quale responsabilità lo aspetta: quella dirigenza non è semplicemente un posto di prestigio, ma riveste una funzione di traino e di trasformazione indilazionabile.

È necessario che ogni singolo infermiere si impegni per il raggiungimento di questo importante obiettivo. L'alternativa è rinunciare alla dignità del nostro lavoro e di noi stessi. Noi ed i cittadini di questo paese non ce lo meritiamo.

Elio Drigo
Annalisa Silvestro

INSERIMENTO DEGLI INFERMIERI IN AREA CRITICA

Bergamo, 19 maggio 1995

INTRODUZIONE DEL MODERATORE

(Pierangelo Spada)

A nome dell'organizzazione, permettetemi di esprimere a tutti voi un caloroso benvenuto.

La numerosa presenza, che va oltre le nostre aspettative, testimonia l'interesse che riveste l'argomento trattato e conferma il desiderio di mantenere vivo e presente lo sviluppo culturale professionale.

Di questo ne siamo soddisfatti e ci sentiamo gratificati. I recenti cambiamenti avvenuti nel S.S.N. (D.L.gvi 502/'92 e 517/'93) stanno modificando la gestione degli Ospedali e delle USL, non solo per l'aggiunta della denominazione di *azienda*, ma anche e soprattutto nei fatti.

La logica dei finanziamenti è stata modificata, d'ora in poi avverranno con riferimento a costi massimi di "produzione" preventivamente valutati dal Ministero della Sanità e dalle Regioni.

Per definire in modo univoco le diverse prestazioni, per ottenere livelli uniformi di assistenza, sono stati adottati i cosiddetti DRG, ovvero una classificazione per raggruppamenti omogenei di diagnosi basata sulla complessità della risposta assistenziale erogata. Anche la rilevazione dei carichi di lavoro, effettuata in questo ultimo periodo, porterà (nel bene o nel male) alla ridefinizione delle assegnazioni del personale. Un altro aspetto importante, sempre riferito alla logica dell'efficienza, è quello legato all'utilizzo più razionale delle risorse umane e tecnologiche; tutto ciò riporta in primo piano le aspettative della professione infermieristica e apre nuovi spazi alla valorizzazione delle sue funzioni. Ricordo la recente pubblicazione del Profilo Professionale D.M. 7 settembre 1994 n. 793.

È evidente che le competenze e le conoscenze maturate all'interno della professione contribuiranno certamente in maniera significativa alla definizione dei cambiamenti che stanno avvenendo all'interno del S.S.N.

Nella giornata odierna, all'interno della quale si analizzerà un aspetto particolare della gestione delle ri-

sorse umane, ovvero l'inserimento degli Infermieri nella realtà lavorativa, non si ha la pretesa di analizzare dettagliatamente ed in maniera esaustiva l'argomento (soprattutto per ovvie ragioni di tempo) bensì si intende proporre un momento di confronto e discussione tra colleghi, il più possibile costruttivo, anche al fine di contribuire allo sviluppo della cultura professionale.

I relatori che seguiranno, in risposta agli obiettivi predefiniti:

- riflettere sull'importanza di avere conoscenze e consapevolezza nell'utilizzo delle risorse umane;
- analizzare la funzione didattica dell'IPAFD e dell'IP per favorire l'inserimento del personale;
- descrivere le modalità per la formulazione di obiettivi orientati all'inserimento e alla valutazione del personale;

cercheranno di stimolare la vostra attenzione e il dibattito nel tentativo di contribuire a rispondere agli eventuali problemi che vengono vissuti quasi quotidianamente in ogni singola realtà operativa.

L'argomento che affronteremo trova forti collegamenti con dei concetti che sono già stati oggetto di temi congressuali:

- il burn-out;
- l'investimento e la valorizzazione delle risorse umane;
- il miglioramento della qualità delle prestazioni;
- la soddisfazione e la motivazione umana;
- la valutazione formativa e sommativa.

Prima di passare la parola al primo relatore, vorrei portarvi i saluti del Consiglio Direttivo e del Presidente dell'Aniarti, Elio Drigo, che per altri impegni non può essere con noi.

A nome della segreteria Scientifica ed Organizzativa vorrei inoltre ringraziare tutti i Collegi provinciali della Lombardia per la concessione del Patrocinio, e la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI per aver pubblicato in tempo utile l'informazione relativa ai corsi di aggiornamento.

L'INSERIMENTO DEL PERSONALE COME STRATEGIA PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE IN AREA CRITICA

Autore: I.I.D. C. Bertocchi

Infermiera Dirigente - Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento - Milano

Secondo le più moderne teorie socio-psicologiche, l'uomo ha un rapporto complesso verso il lavoro, dovuto principalmente alla consapevolezza del bisogno di indipendenza e di libertà, della realizzazione della propria personalità, sulla base di proprie decisioni. L'individuo può dunque trovare soddisfazione nel lavoro nel momento in cui:

- riesce a portare a termine un'attività compiuta in se stessa;
- i risultati che raggiunge vengono riconosciuti;
- le responsabilità a lui affidate possono aumentare di qualità;
- le sue conoscenze si accrescono;
- controlla direttamente l'evoluzione delle sue capacità.

L'azienda che adotta la scelta politica di motivare i propri dipendenti deve saper rispondere alle loro esigenze, tenendo in considerazione i seguenti fattori:

- la remunerazione economica;
- la sicurezza del posto di lavoro;
- la soddisfazione proveniente dal lavoro;
- la possibilità di influenzare le decisioni;
- il rispetto dell'autonomia individuale;
- le garanzie di sviluppo personale.

Per quanto riguarda i primi due punti, le aziende sanitarie sono vincolate da regole prefissate dalla normativa vigente, per i fattori successivi è possibile ottenere risultati, considerando una efficace politica del personale.

Il rendimento positivo o negativo dei singoli operatori può influire in modo significativo nella percezione che l'utente ha del servizio stesso; inoltre ritengo indispensabile che ogni utente in condizioni vitali critiche, abbia diritto ad una assistenza infermieristica erogata da un Infermiere esperto di area critica, che sappia garantire un rendimento positivo.

Oltre a questo, viene considerato un fattore di successo, in grado di caratterizzare fortemente l'immagine dell'Ospedale, la capacità del personale infermieristico di fornire, oltre che prestazioni ottimali, anche servizi personalizzati e di qualità, tali da determinare nell'utenza la percezione positiva, nei confronti dell'operatore con cui instaura l'interazione.

Dopo questa premessa, entro specificatamente nell'ar-

gomento che mi è stato assegnato: "L'inserimento del personale come strategia per l'ottimizzazione delle risorse umane in area critica".

Tutti i meccanismi di gestione del personale, rivestono rilevanza cruciale, ma due elementi in particolare sono strategici:

- a) la selezione;
- b) la formazione;

il processo di selezione, perché sia efficace, deve consentire di individuare il personale in possesso di caratteristiche che lo rendono idoneo a ricoprire il proprio ruolo, con professionalità e motivazione.

La formazione, intesa come processo continuo, ha il fine di sviluppare e migliorare la professionalità del personale infermieristico, coerentemente con il bisogno di sviluppo dell'Ospedale.

L'inserimento del personale, invece, è la prima tappa di un progetto complessivo che, mentre sostiene l'infermiere nel suo iter lavorativo, ne promuove lo sviluppo professionale mirato al soddisfacimento dei bisogni del cittadino malato.

Ciò detto, inizierò la trattazione relativa al personale.

L'inserimento

L'inserimento ha luogo quando l'interessato è già entrato nel posto di lavoro, e mira ad immettere il nuovo venuto nel contesto dell'Ospedale, e a facilitarne, oltre che accelerarne, la partecipazione alla vita ospedaliera.

Differisce dall'accoglimento, inteso come meccanismo operativo, che si sostanzia in un colloquio in cui, prioritariamente al dipendente verranno fornite informazioni inerenti l'ambito di destinazione, perché non si esaurisce nei primi giorni di lavoro ma si estende a tutto il periodo contrattuale di prova.

Può, altresì, concretarsi in interventi di assistenza formativa anche al di là di tale periodo, per aiutare l'individuo a svolgere i suoi compiti, ad inserirsi nel gruppo di lavoro, in una parola a rispondere alle esigenze per cui è stato assunto.

L'inserimento può altresì concretizzarsi come il primo intervento di formazione sul nuovo assunto ed ha pertanto un contenuto sostanziale, strettamente con-

nesso con il lavoro che questi svolge; in taluni casi, anzi, costituisce addirittura la prima fase di un più vasto programma di formazione permanente.

Il contenuto del programma con cui orientare può variare nelle diverse realtà ospedaliere ed anche a secondo il livello ed il tipo di neo assunti a cui si rivolge, così come possono variare gli strumenti per la sua attuazione (fogli di benvenuto, incontri con operatori diversi, riunioni, visite dei reparti e servizi ecc.).

È indubbio che ciò che conta è che esso sia finalizzato agli obiettivi che si desiderano raggiungere.

Per realizzare un simile programma non bastano l'impegno, l'iniziativa o la buona volontà di questa o quella persona, ma è indispensabile impostare una precisa politica che porti a definire contenuto, durata, responsabilità di attuazione, strumenti e procedure operative, modalità di controllo.

Inoltre se l'azienda Ospedaliera vuole impiegare la forza motivazionale dell'Infermiere professionale, quale elemento di impulso, creatività, disponibilità all'impegno, deve necessariamente far coincidere, o avvicinare al massimo i propri obiettivi alle aspettative e obiettivi dell'operatore.

Il processo di addestramento/inserimento pertanto non può essere lasciato allo spontaneismo dei singoli individui, ma deve essere guidato in modo professionale da chi ha la responsabilità della Direzione, sulla base di alcuni principi del management tra i quali:

La socializzazione

La socializzazione è un processo di fusione fra l'individuo o un gruppo di individui e l'organizzazione, attraverso l'assunzione di norme, comportamenti, valori e cultura e può avvenire per imposizioni (modello gerarchico) o con l'acquisizione del consenso (modello partecipativo).

Contemporaneamente, il neo assunto cerca di portare i propri valori ed i propri atteggiamenti nell'organizzazione cercando di adattarla alle proprie esigenze (personalizzazione).

Il processo di socializzazione, mentre consente migliori rapporti interpersonali, favorisce la più rapida acquisizione della "cultura" dell'organizzazione, in ordine ai livelli di attività, i livelli qualitativi, le priorità degli obiettivi accettati dal gruppo.

Questo processo, troppo spesso sottovalutato, perché non se ne coglie appieno la potenzialità, crea i migliori presupposti per un clima organizzativo meno conflittuale.

Tutorship

L'assegnazione ad un tutore consiste nell'affiancare/affidare il neo assunto ad una persona, o ad un gruppo di persone già inserite nell'unità operativa, cui è stata esplicitamente affidata la responsabilità di addestrare i nuovi assunti nelle specifiche modalità di attuazione delle attività, chiarire i rapporti con gli altri

operatori ad altri servizi, indicare i comportamenti da assumere in determinate situazioni.

Il/I tutor, sperimentano a loro volta un innalzamento del livello di motivazione; grande vantaggio ne deriva anche per il vertice dell'unità operativa, in quanto, il decentramento formativo, mentre impegna il gruppo nel consolidamento dei propri obiettivi, consente un alleggerimento delle responsabilità e degli impegni. Nella fase di accoglimento e di inserimento il responsabile diretto del neo assunto deve mantenere un orientamento libero e critico, onde evitare pericolose strumentalizzazioni che andrebbero ad inficiare gli obiettivi istituzionali.

I tempi tecnici per favorire l'orientamento del neo assunto variano in funzione di diverse variabili, quali:

- la dimensione dell'Unità Operativa;
- quantità e qualità di personale presente nell'U.O.;
- disponibilità di mezzi e strumenti;
- obiettivi specifici da raggiungere;

Elevati livelli di qualità del personale, possono essere raggiunti con un mix di strumenti, quali l'addestramento e la formazione, così come abbiamo definito fin qui, proprio per l'acquisizione sia di abilità tecniche, di tipo operativo, sia la capacità di interpretare l'ambiente interno/esterno.

Il risultato atteso, attraverso adeguati meccanismi di apprendimento, è lo sviluppo personale, ma soprattutto professionale del dipendente.

Imprescindibile dal processo di inserimento, è la

Valutazione

La valutazione rappresenta sempre il risultato di un confronto che può esplicitarsi con maggiore o minore oggettività di giudizio.

Per valutazione del personale, si intende normalmente l'attività incentrata sull'analisi del rendimento attuale e sulla previsione del rendimento futuro.

La valutazione delle prestazioni si realizza sulla base delle seguenti analisi:

- a) il comportamento adottato in relazione a certe attese, definite in via preliminare;
- b) i risultati conseguiti in relazione ad una serie più o meno esplicita di traguardi, con obiettivi attesi e concordati.

La prima modalità è certamente la più tradizionale, cioè quella di valutare le prestazioni del personale. Il sistema di valutazione che prende in considerazione i comportamenti, è più tipico delle organizzazioni burocratiche, in cui prevale la necessità, per i diversi operatori, di adeguarsi alle norme, alle procedure, alle disposizioni definite preliminarmente, sulla base di una elevata standardizzabilità delle attività lavorative. In altre parole, si tratta di un meccanismo di valutazione utilizzabile quando un'organizzazione è in grado di raggiungere i suoi obiettivi, per mezzo di operazioni, in buona parte configurabili (lavoro per compiti).

La seconda modalità di valutazione prende in considerazione i risultati conseguiti, ed è tipico di una realtà organizzativa in cui i livelli di autonomia degli operatori sono più elevati, e la complessità delle operazioni lavorative sono poco standardizzabili (assistenza personalizzata, per obiettivi).

Per quanto riguarda gli obiettivi della valutazione del personale infermieristico, possono essere analizzati da tre punti di vista:

- 1) aziendale;
- 2) del valutatore (il coordinatore);
- 3) del valutato (Infermiere Professionale).

1) *Obiettivi dell'azienda-Ospedale:*

- definire uno stile di gestione del personale infermieristico, attraverso parametri valutativi omogenei;
- individuare i punti di forza e i punti da migliorare, nel personale;
- migliorare l'utilizzo delle risorse professionali;
- raccogliere indicazioni per il processo di sviluppo professionale.

2) *Obiettivi del valutatore:*

- esercitare le funzioni del coordinamento, guida e sviluppo del personale infermieristico;
- migliorare il rapporto della situazione organizzativa (fra obiettivi e risorse professionali);
- individuare i punti di forza e i punti di debolezza della propria U.O. (distribuzione ottimale delle risorse, in funzione degli obiettivi);
- verificare il proprio stile di gestione.

3) *Obiettivi del valutato:*

- misurarsi con le aspettative del coordinatore;

- verificare qualità e quantità delle proprie prestazioni professionali;
- cercare occasioni di scambio sulle problematiche attuali e dei possibili progetti futuri.

Come si è già detto, il principale obiettivo della valutazione del personale infermieristico, è quello di contribuire a migliorare le prestazioni, non già di creare classificazioni tra il personale.

Pertanto, le difficoltà di realizzazione di questo processo di valutazione, derivano dal modo in cui viene percepito dalle diverse parti interessate.

A volte, le persone valutate percepiscono tale processo, come strumento conflittuale, che per un verso dovrebbe servire come conferma dei propri meriti, per l'altro, viceversa, viene vissuto con diffidenza, in quanto espone al giudizio di altre persone.

Dal punto di vista del valutatore, è possibile che un suo giudizio possa peggiorare le relazioni di lavoro; ma deve essere fatto ogni sforzo, per superare le resistenze delle persone coinvolte, tramite un cambiamento culturale, che si traduca in un atteggiamento favorevole a questo, come ad altri momenti organizzativi, orientati ad un sistema di incentivazione professionale.

Concludo, sottolineando come la funzione infermieristica e le Aziende sanitarie che nel loro ambito esprimono una ispirata politica del personale, potranno certamente determinare processi di miglioramento assistenziale.

È altresì indispensabile che tutto il personale sia disponibile a sviluppare performances di qualità, e che accetti un processo di valutazione sistematica, come momento di incentivazione professionale.

RUOLO E FUNZIONI DELL'I.P.A.F.D. E DELL'I.P. DI REPARTO NELL'INSERIMENTO DEL COLLEGA ALL'INTERNO DELL'ÉQUIPE

Autore: I.P.A.F.D. M.C. Allemano

Scuola Infermieri Professionali - Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei Tumori - Milano

L'esperienza condotta presso il reparto di Terapia Intensiva, dell'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei Tumori, nasce dalle sollecitazioni della Responsabile dell'Ufficio Aggiornamento in collaborazione con la Direzione Sanitaria, a formulare un piano per l'inserimento del personale neo assunto, ma anche come necessità degli operatori stessi.

Il turn-over elevato aveva infatti portato l'équipe a pensare che fosse necessario costruire un percorso di inserimento al fine di:

- uniformare le modalità di approccio al paziente critico.

Fino ad allora la gestione infermieristica del paziente risentiva notevolmente delle influenze di ciascun operatore, data la formazione estremamente eterogenea ricevuta ed in considerazione del fatto che l'inserimento, se e quando esisteva, veniva attuato da personale diverso senza obiettivi comuni;

- migliorare la qualità assistenziale.

Questo nasce dalla convinzione, di chi ha pensato e realizzato il programma, che anche un modello comune di approccio alle problematiche del paziente critico, potesse portare ad una qualità assistenziale elevata;

- ridurre i tempi necessari all'operatore prima di essere e di potersi considerare autonomo all'interno del reparto.

In precedenza, non tenendo conto della necessità di ulteriore formazione dell'operatore, questo veniva inserito nei turni fin da subito, rendendo difficile a lui e agli altri definire il momento in cui poteva essere considerato "forza attiva".

Talvolta si incorreva anche nella difficoltà di identificare la non raggiunta autonomia, mettendo i pazienti in situazioni a rischio.

Fino ad allora, tutti gli operatori, si erano trovati nelle condizioni di dover apprendere in modo autonomo e non uniforme il proprio ruolo e le relative funzioni all'interno dell'équipe, sperimentando momenti di tensione e disagio data la complessità delle cure e la tecnologia presente.

Le sollecitazioni dell'Ufficio Aggiornamento derivano dalla richiesta della Responsabile di completare, con un programma di inserimento specifico per ogni Unità Operativa, il loro iter di accoglimento del personale neo-assunto.

Tale iter prevede una serie di incontri al fine di far conoscere la struttura, le finalità e l'organizzazione dell'Istituto, quindi, dopo circa 6 mesi di attività all'interno del reparto a cui sono stati assegnati, gli operatori vengono ricontattati per verificare la loro integrazione all'interno del gruppo, gli eventuali disagi e le difficoltà incontrate.

Da questi momenti di verifica, l'inserimento in Terapia Intensiva risultava essere il più difficile e quello che richiedeva dei tempi piuttosto lunghi.

Il personale riportava in questi incontri dei vissuti negativi, circa il periodo di inserimento, riferiti al sentirsi abbandonati a se stessi, alla difficoltà nell'affrontare situazioni complesse e all'apprensione nella gestione delle apparecchiature.

Il *programma di inserimento* per la Terapia Intensiva prevede 6-8 settimane di affiancamento con un I.P. *tutor* e la programmazione particolare dei turni che permetta il raggiungimento degli *obiettivi*.

Sono infatti stati identificati una serie di obiettivi da raggiungere settimanalmente.

Si è ritenuta necessaria la formulazione di obiettivi in quanto, essendo questi la descrizione di una performance, cioè di un risultato, diventano:

- indispensabili all'I.P. *tutor* per la selezione e la programmazione del materiale, dei contenuti e dei metodi didattici;
- fondamentali, per l'I.P. neo-assunto, per organizzare gli sforzi allo scopo di raggiungere l'obiettivo;
- importanti, per l'I.P.A.F.D., il neo-assunto e il *tutor*, per capire se l'obiettivo è di fatto stato raggiunto.

Viene riportato di seguito uno stralcio del programma di inserimento:

Obiettivi I e II settimana

- 1) descrivere l'organigramma e la struttura architettonica del reparto; individuare l'ubicazione del materiale di uso più comune necessario per il soddisfacimento dei bisogni di base del paziente;
- 2) descrivere e compilare correttamente nei vari elementi i sistemi informativi presenti nel reparto;
- 3) elencare i componenti dell'Unità di Degenza spiegandone la funzione;
- 4) spiegare la sequenza delle attività assistenziali svolte al mattino, motivandone la successione;

- 5) identificare i bisogni del paziente riconoscendone il grado di dipendenza;
- 6) descrivere le modalità delle procedure di urgenza: fasi preparatorie, materiale necessario e percorsi da seguire.

Obiettivi III e IV settimana

- 1) utilizzare le conoscenze e realizzare le attività delle settimane precedenti in autonomia;
- 2) descrivere in tutte le sue componenti il monitor (tatture, inserimento limiti di allarme, allestimento linee di pressione, ecc. ...);
- 3) osservare e rilevare segni e sintomi delle varie patologie, con particolare riferimento a quelli che preludono o manifestano una situazione di urgenza;
- 4) gestire nella sua globalità l'assistenza infermieristica al paziente con basso grado di dipendenza;
- 5) descrivere tutte le fasi di accoglimento e dimissione del paziente, spiegandone la sequenzialità;
- 6) elencare e descrivere i farmaci più comunemente usati nei casi di urgenza.

Obiettivi V e VI settimana

- 1) utilizzare le conoscenze e realizzare le attività delle settimane precedenti in autonomia;
- 2) descrivere le seguenti apparecchiature elettromedicali simulandone l'utilizzo:
 - emogasanalizzatore;
 - autoclave;
 - centrifuga per ematocrito;
 - C.P.A.P.;
 - defibrillatore;
 - materassi anti decubito e letti speciali;
 - monitor;
 - monitor per emodinamica;
 - ventilatori meccanici;
- 3) preparare i carrelli delle urgenze pronti all'uso, descrivendo l'utilizzo di tutti i loro componenti;
- 4) elencare, descrivere e saper svolgere le attività pomeridiane nella loro successione;
- 5) gestire nella sua globalità l'assistenza infermieristica al paziente con medio grado di dipendenza;
- 6) definire:
 - principio attivo;
 - nome commerciale;
 - preparazione diluizione e vie di somministrazione;
 - principali effetti correlati ed effetti collaterali;
 - interazioni ed antidoti;
 dei farmaci maggiormente usati in Terapia Intensiva;

Obiettivi VII e VIII settimana

- 1) utilizzare le conoscenze e realizzare le attività delle settimane precedenti in autonomia;
- 2) descrivere le seguenti apparecchiature elettromedicali simulandone l'utilizzo:

- elettrocardiografo;
 - elettroencefalografo;
 - elettro bisturi;
 - emodializzatore;
 - apparecchiatura per extra corporea;
- 3) elencare, descrivere e saper svolgere le attività notturne nella loro successione;
 - 4) gestire, nella sua globalità, l'assistenza infermieristica al paziente con grado di dipendenza elevato;
 - 5) collaborare con gli altri infermieri in una urgenza dedicandosi alla preparazione/diluizione dei farmaci e successivamente all'assistenza respiratoria.

È importante ricordare che i tempi sono indicativi in quanto la verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi, attuata da tutor, I.P.A.F.D. e neo-assunto, permette di adattarsi ad ogni singolo infermiere.

Per l'inserimento dell'I.P. neo-assunto l'I.P.A.F.D. deve provvedere a:

- identificare il tutor; la scelta ricade su quegli operatori con anzianità di servizio presso il reparto, che hanno seguito un corso di formazione propedeutico alle attività educative (organizzato dall'Ente), che abbiano capacità didattiche e che siano motivate all'inserimento;
- organizzare i turni per affiancare il neo-assunto al tutor garantendogli un approccio graduale alla struttura ed ai pazienti nel rispetto del raggiungimento degli obiettivi;
- valutare settimanalmente, con il tutor ed il neo-assunto, il raggiungimento degli obiettivi, eventuali difficoltà e necessità di modificare il programma.

Gli argomenti trattati, durante il corso di formazione propedeutico alle attività educative, riguardano:

- modelli di comunicazione e relazione;
- il processo formativo e l'apprendimento teorico pratico;
- definizione dei gruppi e loro caratteristiche;
- processi di decisione nei gruppi;
- conflitti interpersonali, tra i gruppi e loro gestione.

Il ruolo dell'I.P. tutor durante l'inserimento è quello di:

- "agevolatore" cioè di colui che avendo conoscenza delle dinamiche relazionali dell'équipe, permette al neo-assunto di inserirsi. Alcune delle strategie da mettere in atto durante questa fase sono frutto del corso di formazione nel quale vengono appunto analizzate le principali dinamiche di gruppo e le possibilità di superamento di questi ostacoli relazionali al fine di ottenere un proficuo lavoro di équipe;
- insegnante data la specificità di alcune procedure e il numero elevato di apparecchiature presenti ed in continua evoluzione tecnologica e viste le modalità di assistenza personalizzata che vengono attuate;
- colui che esprime un giudizio circa il raggiungimento dell'autonomia e circa le capacità del neo-assunto.

Il programma di inserimento così strutturato viene attuato presso il reparto di Terapia Intensiva da tre anni,

durante i quali sono stati inseriti quindici I.P., ed è quindi possibile dire che:

- sono sempre stati rispettati i tempi prefissati. Nessuno degli infermieri che ha seguito questo programma di inserimento ha chiesto un periodo ulteriore di affiancamento, cosa per altro non ritenuta mai opportuna né dal tutor e nemmeno dalla I.P.A.F.D.;
- nel corso del secondo colloquio con la Direzione Sanitaria sono emersi meno problemi rispetto al passato ed è stato rilevato un alto indice di gradimento del programma;
- dal momento in cui gli operatori vengono inseriti

nella normale turnazione sono immediatamente autonomi;

- si è raggiunta maggiore uniformità nelle prestazioni assistenziali.

L'équipe ha lavorato per produrre dei protocolli di trattamento e ha anche realizzato documenti scritti e contributi filmati per facilitare l'apprendimento di specifiche procedure;

- non sono però state svolte indagini a riguardo del miglioramento della qualità assistenziale.

L'attività non è stata possibile a causa della assenza di documentazione relativa ai livelli qualitativi che venivano espressi prima dell'attivazione del programma di inserimento.

LIBRI: RECENSIONI

ASPETTI GIURIDICI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA Elementi di legislazione sanitaria

Luca Benci

Editore Mc Graw-Hill libri Italia

L. 35.000.

Non sempre la lettura e lo studio di un testo sugli aspetti giuridici può risultare agevole e comprensibile per i non addetti ai lavori.

Il libro di Luca Benci si inserisce nell'attuale contesto con una chiarezza non comune.

I motivi sono presto detti: l'Autore, oltre ad essere laureato in giurisprudenza con una tesi in medicina legale su «responsabilità penale e aspetti medico-legali della professione infermieristica» (come riportato in biografia) è di provenienza infermieristica.

Questo spiega il livello di conoscenza dimostrato soprattutto nei capitoli che più da vicino affrontano le competenze infermieristiche, i livelli di responsabilità anche in riferimento all'esercizio professionale in determinate situazioni operative: sala operatoria, psichiatria, emodialisi, emergenza.

Su quest'ultimo punto sono dedicati appositi paragrafi che analizzano l'ormai famoso D.P.R. 13 marzo 1992 sul soccorso sanitario, noto anche come decreto sul 118, e le sue ripercussioni sulla professione infermieristica. Particolarmente interessante risulta essere il capitolo dedicato alla documentazione sanitaria e all'analisi del valore giuridico della documentazione infermieristica che finalmente rende giustizia di molte inesattezze dette e scritte sull'argomento.

È inoltre riportato e analizzato il nuovo profilo professionale.

L'ultimo aspetto da sottolineare è che il libro non contiene solo gli aspetti giuridici della professione, ma anche una parte generale del diritto e una dedicata alla legislazione sanitaria aggiornata ai cambiamenti apportati dalla legge finanziaria 1995.

Tutti i capitoli sono comprensivi di obiettivi didattici, riepiloghi riassuntivi e quiz di autovalutazione.

La sezione dedicata agli aspetti giuridici contiene inoltre un paragrafo in fondo a ogni capitolo in cui è riportato un caso effettivamente avvenuto.

Per concludere non posso che consigliare la lettura e la consultazione del libro in questione per i motivi appena esposti.

Gianfranco Cecinati

MODALITÀ DI INSERIMENTO PER AGEVOLARE E FAVORIRE L'ACCOGLIMENTO DEL PERSONALE IN AREA CRITICA

La nostra esperienza

Autori: I.P. M. Monfredini (relatore), I.P.A.F.D. C. Baronio, I.P. C. Anelli
I.P. L. Bazzani, I.P. V. Cova, I.P. A. De Simone

III Servizio di Anestesia e Rianimazione per l'attività cardiocirurgica "A. De Gasperis" Niguarda
- Milano

Premessa

La necessità di organizzare in modo funzionale l'inserimento dei nuovi I.P. scaturisce dalle difficoltà e dalle motivazioni seguenti:

- inserire un elevato numero di I.P. neoassunti (10-20), che in blocco vengono assegnati al nostro reparto;
- affrontare la specificità del reparto, rappresentata dal tipo di paziente assistito (paziente critico), dalle patologie trattate (interventi su cardiopatie acquisite e congenite, interventi polmonari, trapianti di cuore e/o di polmoni), e dal carico di lavoro che ne deriva;
- ridurre lo stress ed il disagio psicologico del nuovo I.P. di fronte alla nuova realtà lavorativa e dell'équipe già presente, che deve "gestire" del personale non pienamente competente;
- creare un'omogeneità di insegnamento, quindi di lavoro, per ottimizzare i livelli di assistenza.

Accoglimento

Prima dell'arrivo in reparto, il personale, viene selezionato dal Capo Servizio, il quale, dopo avere valutato: l'età, gli anni di eventuale esperienza lavorativa, la scuola I.P. frequentata e la richiesta personale, decide se inviarlo o meno al nostro centro.

Questa prima selezione purtroppo, non è sempre attuabile a causa dell'urgente necessità di personale. In reparto, il primo giorno di lavoro, il gruppo degli I.P., viene presentato all'intera équipe (Capo Sala, Infermieri e personale medico), viene loro illustrata la struttura del reparto (ambienti, disposizione del materiale e dei presidi), e viene informato riguardo le norme generali (turni, burocrazia, ecc.).

Dal secondo giorno di lavoro inizia la fase di inserimento vera e propria.

Inserimento

a) Lezioni

- il periodo iniziale d'inserimento richiede la presen-

za quotidiana di tutto il gruppo di I.P. al mattino o al pomeriggio, in base alla programmazione delle lezioni teorico/pratiche;

- le lezioni sono preparate e tenute dal personale infermieristico più esperto, in un'aula adibita alla didattica, e supportate da una documentazione scritta dal personale stesso, con l'approvazione di tutta l'équipe (medici, I.P., fisioterapisti); tale documentazione viene consegnata ad ogni I.P., così da renderne più agevole la consultazione e favorirne l'apprendimento;
- viene stilato un "programma di lezioni" seguendo un criterio di insegnamento progressivo (dalle nozioni più semplici alle più complesse) ed in base alla disponibilità del personale infermieristico preposto alla didattica;
- ogni lezione teorica prevede un'esemplificazione pratica e richiede dei tempi che variano a seconda della complessità e della vastità degli argomenti trattati;
- al termine di ogni lezione sono previste delle verifiche mediante valutazioni teorico/pratiche, quindi si procede all'applicazione sul paziente delle nozioni apprese ed alla successiva valutazione;
- si procede per blocchi di lezioni, suddivisi in moduli, che prevedono continue verifiche sia degli argomenti ultimi trattati che dei precedenti.

Questa prima parte dell'inserimento si esaurisce in circa 30 giorni.

b) Accanto al paziente

- il gruppo dei nuovi I.P., viene suddiviso nei vari turni e ciascuno viene affiancato ad un I.P. esperto che diventerà il suo punto di riferimento;
- con l'aiuto dell'I.P. esperto il nuovo I.P. impara a pianificare l'assistenza di un paziente affidatogli, e ad applicare globalmente le nozioni acquisite; durante questa prima fase l'I.P. esperto ha la possibilità di valutare costantemente le capacità del nuovo I.P.;

- raggiunta la capacità di identificare i problemi del paziente in base alla sua situazione e ad agire di conseguenza, il nuovo I.P. inizierà a gestire "da solo" un paziente, a partire dai meno complessi (prime responsabilità); l'I.P. esperto assume il ruolo di "supervisore";
- il nuovo I.P. procederà poi progressivamente a seguire pazienti sempre più complessi, dapprima insieme all'I.P. esperto, poi da solo.

Questa seconda fase prevede tempi variabili individuali (in base ai tempi di apprendimento di ciascuno, cultura di base, alle eventuali precedenti esperienze lavorative, ecc.).

Raggiungimento dell'autonomia

Il progressivo superamento delle difficoltà, secondo l'iter precedentemente descritto, determina il graduale raggiungimento dell'autonomia del nuovo I.P., che diventa parte integrante (ed operante) dell'équipe. Nella nostra realtà lavorativa esiste comunque una "gerarchia" determinata dall'esperienza di assistenza, che consente sempre di modulare la gestione dei pazienti in base alle loro esigenze (paziente impegnato I.P. esperto), e che permette un continuo scambio e consulto inter professionale al fine di ottimizzare l'assistenza.

Non raggiungimento dell'autonomia

Soggetti con lacune culturali, difficoltà di inserimento, o particolarmente sensibili al disagio psicologico, possono risultare *non* idonei al tipo di reparto, oppure arenarsi nel procedere del programma di inserimento; in tal caso, spesso su loro richiesta, in collaborazione con i Capo Servizi, sono assegnati ad un altro reparto.

Questo provvedimento si dimostra necessario al fine di tutelare la realizzazione del ruolo dell'I.P., e nel contempo la sicurezza dell'ammalato.

Conclusioni

Obiettivi

Gli obiettivi che ci eravamo preposti, impostando questo programma di inserimento erano:

- 1) ridurre il turn-over del personale;
- 2) favorire l'inserimento dei nuovi I.P., fornendo loro in tempi brevi gli strumenti e le conoscenze per assistere al meglio il paziente;
- 3) ridurre di conseguenza lo stress ed il disagio psicologico del personale;
- 4) raggiungere un'omogeneità di assistenza.

Analisi dei risultati

Il turn-over è rimasto pressochè invariato, come di-

mostrano i seguenti dati; infatti i valori in percentuale non hanno avuto una progressiva riduzione:

	ARRIVI	PARTENZE	
		(riferite ai primi 6 mesi dall'arrivo)	
1990	7 I.P. nuovi	11 I.P. trasferiti	= 64%
1991	9 I.P. nuovi	2 I.P. trasferiti	= 24%
1992	11 I.P. nuovi	4 I.P. trasferiti	= 36%
1993	16 I.P. nuovi	10 I.P. trasferiti	= 62%
1994	24 I.P. nuovi	4 I.P. trasferiti	= 16% (*)

(*) passibile di ulteriori modifiche: personale arrivato nel dicembre 1994.

Le cause, a nostro giudizio, possono essere identificate in:

- luogo di residenza/ricerca di avvicinamento a casa;
- diverso orientamento professionale;
- carenze culturali di tipo infermieristico;
- tipologia di reparto e tipo di specialità che richiede un elevato carico di studio;
- allontanamento dell'I.P., qualora riconosciuto non idoneo;
- stress, burn-out.

Questa elevata percentuale di partenze può, in parte, essere imputabile ad un inadeguato filtro attuato dalla Direzione Sanitaria all'atto della destinazione al Reparto; la Direzione Sanitaria, potrebbe infatti attuare una selezione ed una migliore distribuzione degli I.P. valutando più attentamente le attitudini, gli interessi e la disponibilità dei candidati a prestare servizio presso l'Azienda Ospedale per un tempo sufficientemente lungo a poter imparare, rendere nel servizio ed infine, ma non ultimo, ricavarne delle soddisfazioni professionali e personali.

La preparazione si è uniformata, e questo ha portato ad un'intercambiabilità del personale assicurando la continuità del livello qualitativo assistenziale ed ha favorito la formazione permanente, esigenza maggiormente sentita dagli I.P. didattici.

Nonostante lo stress del nuovo I.P. all'impatto con il nostro Reparto permanga ancora elevato, per la scarsa autonomia assistenziale, legata all'inadeguatezza della preparazione scolastica, con il programma di inserimento, abbiamo sicuramente ridotto i tempi per il raggiungimento dell'autonomia professionale, riducendo di pari passo i tempi a cui il nuovo è sottoposto a tensione.

Purtroppo non tutti i nuovi I.P. accettano di buon grado di applicarsi e studiare la documentazione che viene loro fornita, soprattutto coloro i quali, provenienti da altre esperienze lavorative, hanno perso l'abitudine allo studio e all'aggiornamento, convinti di aver fatto già proprie tutte le nozioni.

A questo proposito si avverte la mancanza di un corso di specialità che fornisca in modo omogeneo gli strumenti per adattarsi rapidamente all'elevata specificità di area critica.

ELENCO SCHEMATICO DELLE LEZIONI E RELATIVO MATERIALE DIDATTICO

Modulo n. 1 struttura architettonica: disposizione delle sale e dei locali;
mezzi di comunicazione: telefono, interfono, campanelli di allarme;
letti: struttura e relativo funzionamento;
rifornimento stanze di presidi e farmaci;
preparazione esami;
detersione, disinfezione, sterilizzazione e collocazione del materiale.

Modulo n. 2 il paziente: igiene e comfort;
il paziente: la termoregolazione.

Modulo n. 3 *le procedure terapeutiche (parte 1^a):*
ferite: descrizione delle diverse ferite chirurgiche;
descrizione delle vie iatrogene;
piaghe da decubito - prevenzione e trattamento;
manovre emostatiche.

Modulo n. 4 esecuzione e procedure diagnostiche con apparecchiature di reparto e relativi simulatori.
monitor;
respiratore;
elettrocardiografo;
pHmetro.

Modulo n. 5 *le procedure terapeutiche (parte 2^a):*
protocolli terapeutici di: catecolamine;
vasodilatatori;
antiaritmici;
betabloccanti;
conoscenza dosaggio farmacologico e sua concentrazione/diluizione.

Modulo n. 6 *le procedure terapeutiche (parte 3^a):*
infusione di sangue ed emoderivati in elezione ed urgenza.

Modulo n. 7 *la respirazione (parte 1^a):*
assistenza al paziente collegato al respiratore (tecniche, criteri, valutazione).

Modulo n. 8 *la respirazione (parte 2^a):*
assistenza al paziente collegato al respiratore: la broncoaspirazione
assistenza al paziente in respiro spontaneo: tecniche e rischi
- svezamento respiratorio;
- frequenza e meccanica;
- somministrazione di O₂;
- fisioterapia respiratoria;
- broncoaspirazione.

il drenaggio toracico: vari tipi di drenaggio;
gestione di un drenaggio;
sostituzione del circuito;
rimozione di un drenaggio: tecniche, materiale occorrente.

Modulo n. 10 parametri emodinamici: controllo e valutazione;
pressione arteriosa
cruenta (preparazione e gestione del circuito);
catetere di Swan-Ganz e relative apparecchiature.

Modulo n. 11 emergenza: conoscenza del materiale e delle tecniche-simulazioni;
procedure terapeutiche e gestione in FV-ACC;
simulazione con manichino secondo i criteri di BLS-ALS;
assistenza all'intubazione.

Modulo n. 12 tracheotomia: preparazione e assistenza al chirurgo;
gestione del paziente tracheostomizzato: svezamento-alimentazione.

Modulo n. 13 contropulsazione aortica: criteri di utilizzo;
preparazione materiale e assistenza all'impianto.

Modulo n. 14 emofiltrazione veno-venosa: criteri di utilizzo;
preparazione materiale e assistenza all'impianto;
gestione del bilancio.

Bibliografia

G. SLANZI, L. BAZZANI, G. MEREU, *Presupposti teorici ed aspetti applicativi del programma di orientamento per i neo assunti*, Caract, Ancona 1991.

STRUMENTO OPERATIVO PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE AL TERMINE DEL PERIODO DI PROVA

Autore: G. Zucchinalli

Infermiere insegnante responsabile della Scuola di cure intense, Osp. Beata Vergine Mendrisio, Svizzera

Nella presentazione di questo articolo ho scelto di attenermi all'esperienza che ho maturato nell'ambiente di lavoro in cui mi trovo attualmente; accennerò quindi alla istituzione di cura, a come noi infermieri intendiamo inserire nel lavoro i colleghi neoassunti, ed illustrerò poi lo strumento di valutazione del periodo di prova e l'uso che ne facciamo. Come conclusione accennerò alla valutazione dello strumento stesso.

Istituzione di cura

L'ospedale Beata Vergine di Mendrisio, in Canton Ticino (CH), ha una capienza di 190 posti letto e serve un bacino d'utenza di circa 50.000 persone.

L'unità di Cure Intense ha 8 posti letto; qui viene curata una popolazione con patologie di pertinenza medica o chirurgica.

Nel 1994 i ricoveri in Cure Intense sono stati 599, per 1131 giornate di cura.

Il personale infermieristico che vi lavora è di 20 persone; pari a 17 unità di lavoro a tempo pieno. Di queste, 10 hanno la formazione specialistica in cure intense e rianimazione (la scuola di specializzazione è in funzione in ospedale dal 1989, e deve essere frequentata da tutti gli infermieri che intendono lavorare in reparto).

Nel 1994 ci sono stati 3 infermieri che hanno iniziato a lavorare in questo servizio di cure.

Inserimento del neoassunto

Noto che ciò che facciamo nel nostro servizio ha molti punti in comune con quanto indica il D.P.R. italiano del 20 dicembre 1979, n. 761, all'articolo in cui tratta del periodo di prova del personale delle unità sanitarie locali: trovo che in quell'articolo ci siano dei vocaboli fondamentali (prova... lavoro... formazione... dettagliata relazione... giudizio...) che sono ricollegabili anche alla realtà del nostro reparto; infatti, anche da noi gli infermieri neoassunti hanno un periodo di prova (3 mesi), durante i quali sono seguiti da vicino, e devono dimostrare di saper lavorare secondo degli standard di cure comuni al nostro con-

testo sociale. Questo accompagnamento è dettato anche dal regolamento per la formazione del personale occupato negli istituti dell'Ente Ospedaliero Cantonale (*); infatti l'articolo 2 dice:

” Nel concetto di formazione, aggiornamento e perfezionamento, rientrano in particolare: ... l'introduzione al lavoro di nuovi dipendenti ...”.

Perché accompagnare

- per un'istruzione sugli atti di cura specifici del reparto;
- per un'istruzione sugli apparecchi in uso;
- per esplicitare la “filosofia di cura” dell'Ospedale e del servizio;
- per aiutare il neoassunto ad individuare collegamenti, risorse, modo di funzionare del gruppo, affinché possa raggiungere gli obiettivi posti per il periodo di inserimento.

Contesto

Obiettivi dell'inserimento

Nei tre mesi di prova, il reparto si impegna ad accompagnare l'infermiere nuovo arrivato durante il suo inserimento nel gruppo di lavoro.

Alla fine di questo periodo, il neoassunto dimostra di:

- a) avere una attitudine corretta (adesione alla concezione di cura);
 - nel rispondere ai bisogni dei soggetti di cura;
 - nel rapportarsi al gruppo di lavoro;
- b) avere una propria autonomia in modo da poter fronteggiare le situazioni di cura secondo priorità (il medico non è sempre in reparto);
- c) dimostrare l'equilibrio psico-fisico proprio di chi lavora in area di cure intense.

(Questi obiettivi generali sono resi più specifici dallo strumento di valutazione).

(*) Ente Ospedaliero Cantonale: ente che raggruppa i 7 ospedali del Cantone a carattere pubblico.

Chi è il nuovo collega

- è un infermiere diplomato;
- proveniente da diversi centri di formazione (nel nostro reparto ci sono colleghi formati nei vari cantoni della Svizzera, in varie regioni dell'Italia, in Francia, Germania, Svezia, ex Jugoslavia, Inghilterra);
- che porta con sé esperienze di vita diverse;
- che arriva da altri ospedali o da altri reparti del nostro ospedale.

Chi è la persona di referenza

- è un infermiere specializzato in cure intense (durante la formazione post-diploma c'è un'istruzione apposita).

Durata del periodo d'accompagnamento

- se il collega è inesperto di cure intense: 3 mesi in turno di lavoro con la persona di referenza 3 mesi in turno di lavoro con persone qualificate poi piena assunzione del proprio ruolo curante;
- se il collega ha altre esperienze di cure intense: il periodo d'introduzione è negoziabile, a seconda del grado di competenze acquisite e dei bisogni del neoassunto.

Attività

l'infermiere di referenza: *l'infermiere neoassunto:*

- | | |
|--|--|
| 1. dà spiegazioni teoriche, pratiche, mostra, argomenta (vedi apposita lista "promemoria"); | osserva, chiede, risponde ... |
| 2. fa fare, lascia fare, osserva, aiuta nella riflessione su quanto fatto per individuare altre risorse (valutazione formativa); | fa sotto controllo diretto prima e indiretto poi, riflette, valuta le prestazioni effettuate e le attitudini mostrate; |
| 3. contribuisce alla valutazione sommativa | fa autonomamente. |

Valutazione

Cosa si valuta

- il saper fare;
- il saper essere; dimostrati dal collega neoassunto.

Chi valuta

- l'infermiera caporeparto;
- l'infermiera vice-caporeparto;
- l'infermiere di referenza;
- l'infermiere monitore (formativa: 1 giorno al mese o più, a seconda del bisogno del neoassunto).

Quando

- la valutazione *formativa* è continua;
- la valutazione *sommativa* è al terzo mese.

Conseguenze

- valutazione formativa per adattare strategie adatte ai bisogni del neoassunto;
- valutazione sommativa per dare, o meno, il via all'assunzione.

Strumento di valutazione

La prima traccia del formulario di valutazione è del 1992.

Con il sorgere della scuola di cure intense nel nostro servizio, la caporeparto ed io abbiamo sentito il bisogno di unificare il nostro punto di vista riguardo alla valutazione dei colleghi nuovi arrivati in reparto. Ho ideato perciò uno strumento che cerca di "fotografare" il più oggettivamente possibile il lavoro del neoassunto, secondo il quadro di riferimento che la Croce Rossa Svizzera ha dato in materia di formazione infermieristica.

Questo quadro teorico indica atteggiamenti ed attitudini proprie dell'infermiere; inoltre descrive l'attività di cura attraverso cinque diversi punti di vista denominati "funzioni" (vedi allegato).

Uso del formulario

- 1) viene compilato tutte le volte che la persona di referenza lo ritiene opportuno, sempre in collaborazione con la persona neoassunta;
- 2) serve per avere un quadro generale sulla situazione d'accompagnamento ed orientare strategie successive;
- 3) serve per trarre la valutazione di fine inserimento del neoassunto.

Indicatori di risultato

Si riferiscono al comportamento ed alle prestazioni erogate in diverse situazioni di cura, secondo una griglia di valutazione che è espressa in quantità/n. di volte:

Mai	=	cure di livello pericoloso
Raramente	=	cure di livello scadente
Frequentemente	=	cure di livello sufficiente
Sempre	=	cure di ottimo livello

Criterio di riuscita

Alla fine del periodo di prova il neoassunto deve raggiungere la qualifica sufficiente in tutti quegli atti di cura evidenziati nel formulario.

Passo ora a riprodurre il formulario di valutazione

O.B.V. - Mendrisio
reparto di Cure Intense

VALUTAZIONE

Nome _____

Data _____

Commento generale:

Nome e qualifica di chi ha valutato

Griglia di valutazione
significato delle lettere

- M = mai
- R = raramente
- F = frequentemente
- S = sempre

Le zone grigie sono gli indicatori indispensabili per arrivare ad un livello di cure sufficiente

Funzioni 1 e 2

Sostegno e supplenza nella attività di vita quotidiana.

Accompagnamento in situazione di crisi e nel periodo terminale della vita.

Obiettivo della valutazione

Il collega neoassunto dimostra capacità nel sostenere il soggetto curato durante i momenti critici e nelle attività quotidiane, tenendo conto dei problemi e risorse del paziente stesso e dei suoi familiari, dei curanti, e dell'ambiente di cura.

COMUNICAZIONE CON PAZIENTE E FAMILIARI	M	R	F	S	eventuali osservazioni
Disponibilità					
- prende l'iniziativa di parlare					
- invita ad esprimere bisogni/desideri					
- usa mezzi alternativi al dialogo					
- è pronto ad accogliere le visite					
Pertinenza					
- utilizza un tono di voce adeguato					
- usa rispetto e discrezione					
- dà informazioni in modo adeguato					
- coinvolge nelle cure i familiari che lo desiderano					
- risponde anche a domande di tipo esistenziale					
- ricerca alternative da altre figure di cura					
IGIENE CORPORALE					
Cure di base					
- cura di pelle e mucose secondo protocollo reparto					
- toilette secondo protocollo reparto					
- rifacimento letto secondo protocollo reparto					
SESSUALITA'					
Privacy					
- tocca il paziente con delicatezza					
- copre sempre il paziente					
- rifiuta discorsi e commenti "frivoli"					
ATTIVITA'					
Aiuto verso l'indipendenza					
- invita a fare ciò che è possibile					
- mette a portata di mano il necessario					
- aiuta nella fisioterapia					
- aiuta nella mobilizzazione					
- si occupa delle posture					
- offre possibilità di svago					
RIPOSO, SONNO, BENESSERE					
Eliminazione del dolore					
- usa tutti i mezzi possibili:					
psicologici					
posture					
farmaci					
Tranquillità nell'ambiente					
- mantiene illuminazione adeguata					
- evita rumori inutili					
- si attiene ad orari adeguati					

Funzione 3

Partecipazione alle misure preventive, diagnostiche, terapeutiche.

Obiettivo della valutazione

Il collega neoassunto dimostra di:

- padroneggiare metodi di cura sicuri;
- adottare cure pertinenti alle esigenze del soggetto curato;
- ricercare risposte nuove che consentano un aiuto ottimale.

SICUREZZA NELL'AMBIENTE DI LAVORO	M	R	F	S	eventuali osservazioni
Monitoraggio					
- instaura un monitoraggio pertinente allo status del pz.					
- effettua controlli d'inizio turno in modo esatto					
completo					
nei tempi stabiliti					
- effettua controlli di routine in modo esatto					
completo					
- effettua controlli prima di uscire dal box					
Reazione agli allarmi					
- interviene immediatamente					
- si rivolge prima al paziente e poi all'allarme					
- l'intervento è preciso					
Conoscenza della cure					
- descrive l'effetto di ciò che usa					
- interpreta i dati di una situazione					
MANTENIMENTO DELLE FUNZIONI VITALI					
Autonomia ed organizzazione					
- prepara l'occorrente prima di ogni prestazione					
- prepara e somministra terapie secondo priorità					
con precisione					
- valuta costantemente l'effetto delle cure prestate					
Reazione ad eventi improvvisi					
- percezione del problema					
- reazione secondo priorità					
- reazione secondo sicurezza					
- reazione con equilibrio psichico					
MANUALITA' PROFESSIONALE					
Nelle prestazioni					
- fa' passaggi adeguati					
- impiega tempo secondo protocolli reparto					
- impiega materiali/mezzi pertinenti					
- impiega energie proprie adeguate					
GESTIONE APPARECCHI DI CURA					
- li utilizza secondo i protocolli di reparto					
- se guasti: isola l'apparecchio					
segnala con cartello					
contatta il responsabile di turno					

Funzione 4

Partecipazione ad azioni preventive di malattie ed incidenti, e di salvaguardia della salute dell'altro/di se stessi.

Obiettivo della valutazione

Il collega neoassunto dimostra una adeguata gestione delle norme basilari igieniche ed antiinfortunistiche.

IGIENE	M	R	F	S	eventuali osservazioni
- lava e cura le mani secondo protocollo					
- usa regole d'asepsi nel preparare/somm. terapie nelle prestazioni di cura nel trattare le apparecchiature					
- mantiene pulizia e ordine nel box					
- decontamina gli apparecchi secondo protocolli					
- instaura gli "isolamenti" secondo i protocolli					
- fa applicare le regole igieniche ai collaboratori					
SALVAGUARDIA DELLA SALUTE PROPRIA PAZIENTE/EQUIPE					
- difesa da contaminazioni ferite/rx...					
- protezione della colonna vertebrale					
- protezione dallo stress eccessivo					

Funzione 5

Contributo al miglioramento della qualità ed efficacia delle cure infermieristiche fornite.

Collaborazione ai programmi di ricerca nel settore sanitario.

Obiettivo della valutazione

Il collega neoassunto dimostra di saper programmare e dare continuità al proprio lavoro e di integrarsi nell'équipe di cura.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA e PIANO DI LAVORO	M	R	F	S	eventuali osservazioni
- ricerca ed analizza informazioni utili					
- comunica tempestivamente i problemi alle persone competenti					
- identifica i bisogni del paziente e familiari					
- identifica le risorse del paziente e familiari					
- pianifica la giornata di lavoro secondo priorità					
- valuta globalmente il risultato delle cure					
CONSEGNA AL CAMBIO DI TURNO					
- è attento, e capisce la consegna ricevuta					
- valuta se la consegna ricevuta corrisponde alla realtà del paziente.					
- è chiaro e completo nel dare le consegne					
GESTIONE DOCUMENTI DI CURA					
- compila i fogli di sorveglianza secondo protocollo					
- evade le pratiche amministrative secondo protocollo					
RAPPORTO CON IL GRUPPO DI CURA					
- offre collaborazione					
- usa la delega se necessario/controllo delega					
- rispetta le proprie ed altrui competenze					
- partecipa agli aggiornamenti					
- porta novità, ne discute senza volerle imporre					

Conclusioni

L'esperienza maturata porta noi infermieri ad affermare che troviamo questo formulario:

- pertinente al nostro contesto di lavoro perché cerca di analizzare approfonditamente le prestazioni di cura;
- coerente con le direttive della Croce Rossa Svizzera per quanto riguarda il lavoro infermieristico: il neoassunto e l'équipe di cura si riferiscono ad un'unica visione della professione, secondo le 5 funzioni;
- unificante dei diversi parametri di valutazione che ognuno di noi può avere;
- di facile uso e comprensibile a tutti.

Siamo ben consci che la valutazione della professionalità di un collega va ben oltre la somma o la media del risultato delle azioni riportate in queste griglie. È per questo che la prima pagina del formulario è dedicata al «commento generale» in cui, sia chi valuta che chi è valutato, possono esprimere tutto ciò che la rigidità degli indicatori non lascia trasparire. Posso dire che, sempre nell'intento di migliorare questa importante fase della vita lavorativa, stiamo attualmente studiando un nuovo strumento di valutazione che, partendo dalle 5 funzioni, porta a riflettere sulle qualifiche fondamentali della professione infermieristica, sempre secondo le direttive per la formazione professionale in cure infermieristiche, emanate dalla Croce Rossa Svizzera nel 1989.

Bibliografia

- ROBERT F. MAGER, *L'analisi degli obiettivi*, Ed. Lisciani e Giunti, Teramo, sesta ristampa, 1986.
- Cepec, sous la direction de PIERRE GILLET, *Construire la formation*, Ed. ESF, Paris, 1991.
- PHILIPPE MERIEU, *Imparare, ma come?*, Ed. Cappelli, Bologna, 1990.
- CHRISTIANE MARTIN, *Soigner pour apprendre*, Ed. L.E.P., 1991.

Allegati

- D.P.R. Italiano del 20 dicembre 1979 n. 761 art. 14. Obiettivi di formazione per la formazione in cure infermieristiche a livello di diploma (dalle direttive per la formazione professionale. Croce Rossa Svizzera, giugno 1989).
- Lista promemoria degli argomenti da trattare durante il periodo di inserimento di colleghi neoassunti.

LEGGI E DECRETI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
20 dicembre 1979, n. 761.

Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;
Visto l'art. 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente delega al Governo per la disciplina dello stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali;
Visto l'art. 1 della legge 22 ottobre 1979, n. 510;
Sentite le associazioni sindacali delle categorie interessate;
Viste le osservazioni delle regioni;
Udito il parere della commissione parlamentare di cui all'art. 79 della citata legge 23 dicembre 1978, n. 833;
Sentito, in via preliminare, il Consiglio dei Ministri;
Visto il parere emesso in via definitiva dalla suddetta commissione parlamentare;
Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 dicembre 1979;
Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, dell'interno e della pubblica istruzione;

EMANA

il seguente decreto:

Art. 14

Periodo di prova

Il periodo di prova ha durata di sei mesi.
Il dipendente in prova svolge le mansioni affidategli nei vari settori di lavoro ai quali viene assegnato e frequenta i corsi di formazione inerenti alla sua professionalità, programmati dalla regione o dalla unità sanitaria locale.
Sull'attività prestata dal dipendente in prova è redatta dettagliata relazione da parte del dirigente preposto al presidio, servizio o ufficio cui il dipendente stesso è stato assegnato. Sull'esito del periodo di prova decide il comitato di gestione.
Qualora entro trenta giorni dalla scadenza del periodo di prova, non sia intervenuto un giudizio sfavorevole, la prova si intende conclusa favorevolmente.
In caso di giudizio sfavorevole, l'unità sanitaria locale proroga il periodo di prova per altri sei mesi, decorsi i quali, ove il giudizio sia ancora sfavorevole, è dichiarata la risoluzione del rapporto di lavoro, con provvedimento motivato. I periodi di assenza dal servizio, a qualsiasi titolo, non sono utili ai fini del computo del periodo di prova.
Sono esonerati dal periodo di prova i dipendenti provenienti dai ruoli nominativi regionali del personale addetto alle unità sanitarie locali di altre regioni che lo abbiano già superato nella medesima posizione funzionale.

OBIETTIVI DI FORMAZIONE PER LA FORMAZIONE IN CURE INFERMIERISTICHE A LIVELLO DI DIPLOMA

I beneficiari delle cure sono:

- individui e gruppi;
- neonati, bambini, adolescenti, adulti e persone anziane in buona salute, presentanti rischi, colpiti da affezioni acute o croniche;
- a domicilio o in istituto sanitario, medico-sociale e medico educativo.

In ciascuna delle 5 funzioni, gli atteggiamenti e le attitudini infermieristiche:

- sono determinati dai bisogni degli individui e dei gruppi nel loro ambiente;
- si basano sulle qualifiche fondamentali, sulle capacità professionali e sulle conoscenze di base.

La formazione professionale in cure infermieristiche porta alle qualifiche fondamentali seguenti:

- apprezzare e valutare la situazione di cura nel suo insieme come nei suoi diversi aspetti;
- conservare e sviluppare risorse in se stessi e negli altri;

- accettare i limiti e chiedere e/od offrire un adeguato aiuto;
- riconoscere i cambiamenti in una situazione e anticiparne l'evoluzione a medio e lungo termine;
- stabilire delle priorità, prendere decisioni e iniziative;
- sulla base di principi, utilizzare un ampio repertorio di metodi e di tecniche;
- essere aperti ai cambiamenti e alle innovazioni;
- dar prova di abilità e sicurezza nel modo di prodigare le cure;
- adottare un modo di espressione adeguato alla situazione, comprensibile e differenziato;
- promuovere la motivazione, mostrare e sostenere i cambiamenti di atteggiamento e di comportamento;
- valutare gli effetti delle proprie prestazioni e trarne le conseguenze e gli insegnamenti;
- sviluppare comportamenti etici e viverli nel concreto di una situazione;
- basare la collaborazione sulla stima portata all'altro;
- impegnarsi pienamente conservando la distanza necessaria per stabilire, mantenere e concludere una relazione;
- riconoscere i conflitti e gestirli.

CONDIZIONI DI ESERCIZIO DELLE CURE

Diploma livello I

L'infermiera in possesso di un diploma livello I assicura le cure:

- in situazioni di cura caratterizzate in generale dalla continuità e dalla prevedibilità;
- in situazioni di cura in cui le competenze acquisite sono direttamente utilizzabili e trasferibili.

Diploma livello II

L'infermiera in possesso di un diploma livello II assicura le cure:

- in situazioni di cura caratterizzate da un'evoluzione rapida, non chiaramente prevedibile e di complessità variabile;
- in situazioni di cura in cui la presenza di molteplici fattori necessita la messa in opera di nuove soluzioni;

Funzione 1: Sostegno e supplenza nelle attività della vita quotidiana

OBIETTIVI DI FINE FORMAZIONE

Diploma livello I

- padroneggiare differenti mezzi di comunicazione;
- offrire alla persona o al gruppo delle cure atte a permettere l'utilizzazione e lo sviluppo delle loro risorse e di quelle del loro ambiente;
- riconoscere e garantire delle possibilità di scelta;
- padroneggiare le tecniche di cura necessarie ed adattarle alla situazione.

Diploma livello II

- creare condizioni che consentano una risposta adattata ai bisogni delle persone e dei gruppi tenendo conto delle risorse e dei problemi particolari;
- suscitare e sostenere i cambiamenti di comportamento necessari.

ciò richiede le attitudini seguenti:

- riconoscere il significato di diverse forme di espressione e ad esse adeguare il modo di comunicazione;
- favorire dei modi di comunicazione soddisfacenti ed efficaci;
- consentire una risposta ai bisogni dei beneficiari, tenuto conto delle caratteristiche dell'ambiente e del rispetto dei diritti e doveri conseguenti a principi etici, economici e sociali;
- sostenere e promuovere le risorse che consentono di svolgere le attività della vita quotidiana;
- favorire la capacità di decisione del beneficiario;
- applicare dei metodi e delle tecniche di cura tenendo conto di criteri di sicurezza, efficacia, economia e benessere delle persone;
- favorire il dialogo nella ricerca di soluzioni dei conflitti o dei problemi;
- stabilire delle priorità in caso di divergenze tra i bisogni individuali e le esigenze del trattamento;
- creare delle condizioni di cura tenendo conto dei diritti e dei doveri delle persone e rispettando i principi etici, economici e socio-culturali;

- ricercare nuove risorse e creare le condizioni che ne consentano lo sviluppo;
- creare le condizioni che garantiscono la libertà di decisione;
- creare le condizioni che favoriscono l'apprendimento e/o il cambiamento di comportamenti;
- sviluppare e sperimentare metodi e tecniche di cura conformi a criteri di sicurezza, efficacia, economia e benessere delle persone.

ciò richiede delle conoscenze su:

- i diversi modi e metodi di comunicazione;
- il processo di apprendimento, in particolare nel campo attitudinale;
- la natura e le caratteristiche dei bisogni nelle attività della vita quotidiana, e questo in rapporto a un modello di cure infermieristiche;
- i diversi modi di vita e i fattori che influiscono sui campi psichico, fisico e socio-culturale;
- i principi etici;
- i principi e metodi che consentono di sostenere, mantenere e sostituire i beneficiari nelle attività della vita quotidiana.

Funzione 2: Accompagnamento nelle situazioni di crisi e nel periodo terminale della vita

OBIETTIVI DI FINE FORMAZIONE

Diploma livello I

- favorire l'espressione delle persone interessate riconoscendo il significato esistenziale che l'evento rappresenta per la persona;
- ricercare le risorse necessarie per superare una crisi momentanea;

Diploma livello II

- comprendere le possibili ripercussioni di una crisi sulla persona e sul suo ambiente, in funzione della sua dinamica propria e dei fattori che l'hanno suscitata;
- creare delle condizioni che permettano alle persone e ai gruppi di prevenire, di vivere o risolvere delle situazioni di crisi tenendo conto delle loro risorse e dei problemi particolari.

ciò richiede le attitudini seguenti:

- percepire differenti cause e/o forme di espressione in presenza di una situazione di crisi e il loro significato per le persone coinvolte;
- utilizzare e promuovere le risorse necessarie per dominare la crisi;
- rendere possibile il ricorso ad un sostegno sociale, relazionale o spirituale così come ad un aiuto sul piano fisico;
- essere consci del proprio ruolo di aiuto ed essere capaci di valutarlo;
- tenere conto dei propri sentimenti personali;
- dar prova di comprensione, sapere impegnarsi pur conservando la distanza necessaria;
- rispettare diversi sistemi di valore e lavorare allo sviluppo del proprio sistema di valori;
- valutare le conseguenze possibili di una crisi, scegliere e applicare i provvedimenti appropriati;
- prevedere situazioni di crisi e loro rischi;
- sviluppare delle risorse che permettano alle persone di prevenire ed eventualmente risolvere le crisi (per esempio, immaginare nuove prospettive);

- sviluppare le capacità di mutuo soccorso di un gruppo;
- analizzare e utilizzare in maniera creativa l'espressione dei propri sentimenti tenendo conto della situazione globale;
- ricorrere a mezzi e tecniche appropriati che consentano di analizzare il proprio vissuto e di porre in chiaro il proprio ruolo;
- essere in grado di far fronte agli sconvolgimenti dei sistemi di valori individuali e aiutare a trovare nuovi riferimenti.

ciò richiede delle conoscenze su:

- la natura e le caratteristiche delle diverse fasi della vita;
- i modi di comparsa e di manifestazione delle crisi;
- le origini e i fattori di risoluzione della crisi;
- la crisi come processo: fasi e reazioni;
- i metodi di accompagnamento di persone e di gruppi;
- i concetti di ruolo;
- le norme e i valori di diverse culture e gruppi sociali così come sul loro significato.

Funzione 3: Partecipazione alle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche

OBIETTIVI DI FINE FORMAZIONE

Diploma livello I

- padroneggiare i metodi e le tecniche di cura necessari.

Diploma livello II

- adattare le cure alle caratteristiche e alle esigenze della situazione;
- ricercare risposte nuove che consentano che l'aiuto offerto lo sia in condizioni ottimali.

ciò richiede le attitudini seguenti:

- comprendere le esigenze connesse all'insorgere di una malattia;
- sostenere e promuovere le risorse e le attitudini che favoriscono la guarigione;
- favorire l'elaborazione di un programma di cure e partecipare alla sua realizzazione;
- applicare delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche tenendo conto delle reazioni fisiche e psichiche;
- osservare i principi di etica, di sicurezza, di efficacia, di economia e di benessere nell'applicazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche;
- stabilire le priorità e agire di conseguenza nelle situazioni critiche e di urgenza;
- utilizzare il materiale con abilità e in funzione della finalità mirata;
- valutare le diverse manifestazioni e il grado di gravità di una malattia all'atto del suo insorgere;
- prevedere per tempo i rischi e le complicazioni possibili di una malattia;
- favorire l'utilizzazione di mezzi che rafforzino le possibilità di guarigione;
- valutare i programmi di cure fissati in comune ed eventualmente proporre delle modifiche;

- anticipare le reazioni fisiche e psichiche possibili e introdurre differenti forme di sostegno;
- creare le condizioni che garantiscono l'osservanza di principi etici, di sicurezza, di efficacia e di economia all'atto dell'applicazione di misure preventive, diagnostiche e terapeutiche;
- valutare nella loro globalità le situazioni incerte e complesse e applicare misure preventive, diagnostiche e terapeutiche appropriate;
- scegliere e utilizzare il materiale in funzione di criteri specifici.

ciò richiede conoscenze su:

- i modi di insorgenza e di manifestazione di disturbi di ordine fisiopatologico, psicosomatico o sistemico;
- le diverse forme di evoluzione della malattia, il vissuto nella malattia e il processo di guarigione;
- i principi e i metodi di sollievo;
- i principi e i metodi relativi all'esecuzione e alla sorveglianza delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche;
- gli aspetti connessi alla sicurezza, all'efficacia, all'economia e all'ergonomia nella scelta e nell'utilizzazione del materiale;
- le strutture organizzative e le cure nel campo della medicina di catastrofe.

Funzione 4: Partecipazione ad azioni di prevenzione delle malattie e degli incidenti da un lato, di salvaguardia e di promozione della salute dall'altro.

Partecipazione ad azioni di riadattamento funzionale e di reinserimento sociale.

OBIETTIVI DI FINE FORMAZIONE

Diploma livello I

- applicare in modo critico e in collaborazione con altri delle misure di prevenzione attiva;
- collaborare all'elaborazione e all'applicazione di strategie derivanti da un progetto terapeutico;
- integrare nella propria pratica quotidiana le esigenze di un lavoro interdisciplinare per assicurare l'efficacia delle misure terapeutiche e sociali.

Diploma livello II

- creare un ambiente favorevole ad azioni di prevenzione attiva e di promozione della salute nel proprio settore e nel quadro di un lavoro interdisciplinare;
- definire, insieme ad altri, nuove priorità nelle cure e procedere nel proprio settore ai cambiamenti di metodi di lavoro e/o alla modifica dell'impiego delle risorse.

ciò richiede le attitudini seguenti:

- riflettere sulle ripercussioni del proprio modo di vivere sulla propria salute;
- tener conto della concezione che le persone interessate hanno della salute e della malattia;
- tener conto dei limiti e imparare ad accettarli; impegnare tutte le risorse disponibili e crearne;
- utilizzare e promuovere le capacità e le condizioni di apprendimento;
- utilizzare i mezzi e i metodi a disposizione per azioni di promozione della salute e di riadattamento;
- assicurare la prevenzione degli incidenti e delle malattie nella vita quotidiana;
- trasmettere i principi e le cognizioni relativi alla promozione della salute e al riadattamento;
- ricorrere al lavoro interdisciplinare, e promuoverlo, per raggiungere gli obiettivi del progetto;
- definire per sé stessi il posto e i valori che si attribuiscono alla salute e alla malattia;
- riconoscere differenti atteggiamenti determinati da fattori psicologici, socio-culturali ed economici;
- stabilire i legami tra il vissuto e il comportamento relativi alla malattia e alla salute, e il modo di vita;
- riconoscere nei limiti e negli handicap permanenti gli aspetti positivi e suscettibili di sfruttamento;
- sviluppare e sperimentare azioni educative;
- riflettere sui mezzi e sui metodi che consentano di conservare, promuovere e recuperare la salute. Percepire

nuove prospettive e adattare in maniera critica al settore interessato;

- valutare e adattare la concezione delle cure alla salvaguardia della salute e alla prevenzione degli incidenti;
- valutare dei sistemi di cura in vista della loro integrazione in un progetto interdisciplinare;
- integrare nei sistemi di cura esistenti delle innovazioni derivate da una ricerca interdisciplinare;
- creare le condizioni che consentano di condurre una vita sana sul luogo di lavoro.

ciò richiede conoscenze su:

- l'ambiente e il suo rispetto, l'igiene di vita e l'habitat;
- l'origine delle malattie e l'emergere di gruppi a rischio così come le concezioni relative alla salute e ai comportamenti nella nostra società;
- i metodi di educazione e di promozione della salute e la loro incidenza;
- i diversi tipi di prevenzione così come differenti metodi e tecniche di riadattamento;
- i principi e i metodi di inquadramento, di apprendimento e i diversi tipi di valutazione;
- il ruolo dei diversi media, organizzazioni assistenziali e sistemi assicurativi;
- i settori e i campi di attività delle professioni sanitarie;
- le strutture, il funzionamento e le finalità delle istituzioni e delle organizzazioni sanitarie.

Funzione 5: Contributo al miglioramento della qualità e dell'efficacia delle cure infermieristiche, allo sviluppo della professione - Collaborazione ai programmi di ricerca realizzati nel settore della sanità

OBIETTIVI DI FINE FORMAZIONE

Diploma livello I

- utilizzare strumenti di valutazione per giudicare la pertinenza e l'efficacia delle proprie azioni in funzione di obiettivi di cura e in funzione di politiche istituzionali.

Diploma livello II

- partecipare alle ricerche necessarie al miglioramento della qualità delle cure, allo sviluppo degli aspetti concettuali e professionali;
- integrare le conoscenze scientifiche nell'attività professionale;
- contribuire, attraverso un apporto specifico, allo sviluppo del settore della sanità.

ciò richiede le attitudini seguenti:

- curare a partire da un programma di cure adattato alla situazione;
- riferirsi a norme di qualità per valutare le cure e procedere alle necessarie messe a punto;
- tener conto, nell'esercizio della propria professione, dell'evoluzione socio-sanitaria;
- utilizzare dei metodi di lavoro adeguati;
- sviluppare la comprensione del proprio ruolo professionale;
- saper utilizzare la letteratura professionale nel proprio settore;
- valutare, nei confronti di una concezione data, la pertinenza degli obiettivi di cura;
- valutare i mezzi che consentono di migliorare la qualità delle prestazioni fornite;
- sviluppare le misure necessarie e introdurre in collaborazione con i partner coinvolti le modifiche che ne derivano;

- sviluppare e applicare differenti metodi e tecniche di lavoro;
- raccogliere i dati e trattare le questioni che contribuiscono allo sviluppo della professione;
- valutare le condizioni in cui le informazioni sono assunte;
- tener conto delle diverse tendenze nell'evoluzione del ruolo professionale;
- riflettere sulla problematica sanitaria a partire dal ruolo professionale;

ciò richiede conoscenze su:

- i modelli, le teorie e le concezioni relative alle cure;
- l'elaborazione e l'utilizzazione di norme di qualità delle cure infermieristiche;
- diversi metodi scientifici, tecnici e organizzativi e loro applicazione nelle cure infermieristiche;
- la ricerca, lo sviluppo e le innovazioni nel settore socio-sanitario;
- la storia e il ruolo delle cure infermieristiche nel sistema sanitario e nella società.

O.B.V. Mendrisio - reparto Cure Intense

**LISTA PROMEMORIA DEGLI ARGOMENTI DA TRATTARE
DURANTE IL PERIODO DI INSERIMENTO DEI COLLEGGI NEOASSUNTI**

INTRODUZIONE INIZIALE (nei primi giorni di lavoro)

PLANIMETRIA DELL'OSPEDALE E METODI DI CONTATTO CON I SERVIZI DI	Data in cui è trattato l'argomento
Anestesia e medici anestesisti	
Chirurgia e medici chirurghi	
Medicina e medici internisti	
Sale operatorie	
Laboratorio	
Sterilizzazione	
Farmacia	
Cucina	
Fisioterapia	
Assistente spirituale	
Assistente sociale	
Squadra di pulizie	
Lavanderia	
Centrale letti	
Servizio tecnico	
Capo del personale infermieristico	
Biblioteca	
Croce verde	
Camera mortuaria	
Ascensore con precedenza	
Chiavi	
Rampa elicottero	
PLANIMETRIA DEL REPARTO	
Box	
Servizi (cucina, studi vari ...)	
Vie percorribili	

Continua

Segue

Armadi e loro contenuti + carrelli	
Camera di risveglio	
ORGANIZZAZIONE DEL REPARTO	
Informazioni dettagliate su:	
Orario dei turni	
Organizzazione del lavoro nei vari turni	
Comportamenti in casi di malattia, ore straordinarie, recupero ore straordinarie	
Materiali di informazione	
Modi per raggiungere il medico di guardia	
Numero telefonico per REA	
Organizzazione visita medica	
Gerarchia medica	
Compiti dei vari membri dell'équipe infermieristica	
Comportamento in caso di prescrizioni mediche per telefono	

CURE INFERMIERISTICHE (1°-2° mese)	Data in cui si è trattato l'argomento
Toilette completa	
Cura del viso in paziente intubato	
Prevenzione piaghe da decubito/problemi polmonari	
Posizionamento del paziente	
Fisioterapia respiratoria	
Movimenti passivi delle articolazioni	
Rifacimento del letto	
Cambio medicazioni	
Mobilizzazione del paziente	
Approfondimento cure pazienti: di I e II categoria	

APPARECCHI E MATERIALE VARIO (1° e 2° mese)	Data in cui si è trattato l'argomento
Sistema di monitoraggio	
centrale monitor	
monitor C.I.	
cardiotelemetria	
monitor sala risveglio	
Elettrocardiografo	
Apparecchi per rilevare la P.A. indiretta	
Pompe di infusione	
Apparecchio per emogasanalisi	
Sistemi per l'ossigenoterapia	
Sistemi per umidificazione	
Sistemi per nebulizzazione	
Bombola trasportabile di O2	
Respiratore Servo Ventilator	
Respiratore Oxylog	
Respiratore Emstrong	
Sistema Concha per CPAP	
Carrello RIANIMAZIONE	

Continua

Segue

Defibrillatore	
Sonda di Blackmoore	
Catetere di Swan Ganz	
Flebo (qualità e preparazione di infusioni)	
Deflussori vari	
Sistema per PVC a colonna d'acqua	
Sistema d'aspirazione	
Sistema per dialisi peritoneale	
Sistema emofiltrazione	
Scaldasangue	
Pompa per dieta enterale e vari prodotti in reparto	
Drain toracici	
Sistema Bulan/toradrain con aspirazione/a caduta	
Contenuto dei carrelli nei box	

TECNICHE INFERMIERISTICHE (1° e 2° mese)

Data in cui si è trattato
l'argomento

Controlli di inizio turno	
Controlli durante il turno e rilevamento parametri vitali	
Controlli a fine turno	
Bilancio idrico	
Bilancio idrico più sangue	
Sistema d'allarme	
limiti agli apparecchi	
presenza in stanza	
campanello	
chiamata telefonica per REA	
Comportamento durante una REA	
Il lavaggio delle mani	
Le mani: veicolo principale di contaminazione	
Fogli di sorveglianza	
diario e piano di cura	
respiratori	
scala glasgow	
Fogli di prescrizioni mediche	
Richieste e provette per laboratorio OBV	
Richieste e provette per laboratori esterni	
Prelievi e raccolta materiali per laboratorio	
sangue per esami correnti	
materiali Emocolture	
per batteriologia Secreto tracheale/tampone faringeo	
Pus, Punta cateteri ...	
Schemi per somministrazione medicinali con perfusori	
Protocolli per tecniche varie	
Esecuzione E.C.G.	
Applicazione degli elettrodi per monitoraggio pazienti cardiopatici	
Mezzi di disinfezione usati in reparto	
ORGANIZZAZIONE (1° e 2° mese)	
Documentazione amministrativa	
per entrate paziente	

Continua

Segue

per uscite paziente	
per trasferimento paziente	
Richieste per esami particolari	
in ECG	
in Radiologia	
in Medicina nucleare	
Foglio movimento pazienti	
Foglio di statistica	

APPROFONDIMENTO DELLE CURE (dal 3° mese)

Data in cui si è trattato
l'argomento

Posa e cura di catetere vescicale	
Posa e cura di sonda nasogastrica	
Posa e cura cateteri venosi periferici	
Posa e cura cateteri venosi centrali	
Punzione arteriosa	
Carrello REA	
Controlli giornalieri degli apparecchi d'urgenza	
Tecnica dell'aspirazione tracheobronchiale	
Assistenza al paziente intubato e ventilato artificialmente	
controlli e sorveglianza più assistenza psicologica	
cura del viso	
assistenza all'intubazione (materiale più controlli)	
assistenza all'estubazione	
Assistenza al paziente ventilato con AMBU	
Assistenza al paziente tracheotomizzato	
Assistenza al paziente dopo grossi interventi	
Assistenza alla posa di un Pace Maker	
Assistenza a pazienti cardiopatici gravi	
conoscenza principali disturbi del ritmo	
conoscenza dei principali farmaci antiaritmici	
conoscenza dei principali farmaci vasoattivi	
conoscenza della defibrillazione	
conoscenza della cardioversione	
coordinamenti di REA	
Assistenza a pazienti con sonda Black Moore	
Assistenza a pazienti con catetere Swan Ganz	
Spostamento e assistenza di pazienti per esami vari	

L'INSERIMENTO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE IN AREA CRITICA

Pierangelo Spada (*moderatore*)

Terminata la presentazione delle relazioni, dedichiamo un ampio spazio alla discussione dei temi trattati. A voi la parola.

D.: GIOVANNI, *IP c/o Osp. S. Raffaele, Milano* - Vorrei chiarimenti riguardo l'autonomia ed il lavoro di équipe; spesso il pensiero generale è che autonomia significhi saper lavorare da solo, invece credo che si abbia bisogno di un vero coinvolgimento nelle attività. Al collega Zucchinali: è autonomia operare per sopprimere alla carenza di un'altra figura sanitaria quale il medico piuttosto che ad uno specifico infermieristico?.

D.: BIANCO, *IPAFD c/o T.I. Garbagnate, Milano* - Alla sig.ra Bertocchi: qual è il ruolo del *tutor* nella fase valutativa? Egli partecipa attivamente? È corretto lasciare l'IP neo assunto sempre nelle mani del *tutor* oppure ne è possibile la rotazione tra le varie figure dei *tutor*? Nella fase terminale di prova, come far convivere la valutazione della responsabile di reparto con quella dell'azienda? Vi sono obiettivi comuni?.

Alla collega Allemano: vi sono corsi propedeutici per *tutor*? Esistono nelle realtà quotidiane degli incontri periodici tra queste figure?

Al sig. Zucchinali: gli IP che entrano nelle vostre cure intensive, sono già specializzati o sono IP? Vi sono differenze di inserimento per queste due figure?

R.: CARMEN BERTOCCHI - *Autonomia non significa lavorare da solo ma lavorare su di un progetto*. Si ha quindi bisogno di un quadro di riferimento. Nella mia relazione dico: noi IP dobbiamo rispondere a quello che è un codice deontologico, a quella che è una nostra *specificità*: risolvere dei bisogni assistenziali. Io posso decidere di risolvere il bisogno assistenziale in mille modi, attraverso una serie di atti assistenziali, per cui attraverso una serie di compiti che porto a termine attraverso un'assistenza personalizzata.

La responsabilità può essere in entrambi i momenti. Il significato o il momento portante quello che qualifica me, infermiere, è la scelta del tipo di assistenza che faccio in autonomia perché io sono responsabile dei risultati. La responsabilità e l'autonomia è proprio questa.

Io sono autonomo nel momento in cui progetto un piano assistenziale al mio paziente, ma un piano che tenga in considerazione tutti i suoi bisogni; per cui

ovviamente se la mia attività è svolta solo per atti assistenziali, la mia autonomia è assolutamente minima nel senso che vado a controllare se faccio una cosa o non la faccio. I termini del soddisfacimento del bisogno assistenziale, in questo senso, vengono considerati solo in parte.

La funzione del *tutor* nella valutazione è straordinaria! Parlavo prima di obiettivi che devono essere discussi: l'obiettivo è di far migliorare il mio collega e nel frattempo migliorare la prestazione, per cui i risultati. È fondamentale riuscire a preparare i *tutor*, ma come fare? L'ideale sarebbe riuscire a creare un periodo di formazione per i *tutor*; il *tutor* è una funzione che io lascerei alla maggior parte dei colleghi. Dire a un collega di svolgere la funzione di *tutor* significa ancora una volta delegare tale collega allo svolgimento di quella funzione. Noi lavoriamo una vita e dobbiamo assolutamente pianificare e monitorare la nostra attività lavorativa prevedendo tutte le fasi, compresa quella della formazione di altri colleghi, anche a livello della motivazione personale; ed è pur vero che qualcuno è meglio portato all'attività tutoriale semplicemente perché sa relazionarsi, è vivace, curioso, attento, ha una vera e propria passione per la professione infermieristica.

In questo periodo sto assistendo, con molta preoccupazione, ad un fatto negativo; qualche anno fa sono venuta a Bergamo a reclutare personale, è stato l'anno del boom del personale e da lì è cominciato il dramma della disoccupazione infermieristica; sto assistendo appunto adesso, ad un fatto fortemente negativo per la nostra professione: il migrare da Milano a Bergamo. Mi chiedo: è vero che Bergamo per i bergamaschi è più vicina a casa, però perché non considerare quell'aspetto della formazione che è indispensabile per il mio futuro lavorativo? Il fatto di preoccuparmi di andare a lavorare nell'ospedale sotto casa credo sia fortemente limitante, così come è limitante svolgere solamente alcune attività. La nostra è una professione che deve essere necessariamente in crescita, semplicemente perché siamo perseguitati da una serie di leggi che ci penalizzano: avete visto il profilo professionale e il gruppo di medici che ci fa ricorso; poi la proposta di legge regionale della regione Lombardia che da una parte accoglie il discorso dei profili, ma dall'altro boicotta la figura infermieristica, e non menziona il servizio infermieristico che dovrebbe essere vissuto come la rappresentanza di tutti gli infermieri e non come l'evoluzione personale dei capi dei servizi, poiché questo muore professionalmente come

muoiono tutti gli IP. Anche la scelta dei tutor deve essere fatta tutelando la cultura professionale con attenzione ai valori professionali, tutti poi devono essere coinvolti, altrimenti si crea quella strana situazione in cui vi sono infermieri di serie A e di serie B! E poi noi siamo abilissimi a farci la guerra e l'attività dei tutor è faticosa per impegni e responsabilità."

R.: GIOVANNI ZUCCHINALI - Alle cure intense dell'ospedale di Mendrisio l'IP cura uno o più pazienti in modo specifico e ha sempre di riferimento il capo turno, generalmente la persona più anziana in servizio, insieme alla quale, valuta in caso di bisogno, la necessità o meno di chiamare il medico che non è costantemente presente in reparto. La nostra autonomia è sempre legata alla dinamica di gruppo. Per i neo assunti viene spiegata tale dinamica in relazione a pazienti che non presentano particolari patologie, per introdursi poi in attività di cura via via più impegnative. Nel nostro reparto sono rari gli IP assunti già in possesso di una specializzazione in area critica: prova ne è che l'ospedale ha fondato la scuola di specializzazione nell'89. Per questi rari casi, noi negoziamo il periodo di introduzione programmando un piano adeguato al singolo individuo.

Tuttavia pur essendoci questa scuola di specializzazione presente nei quattro maggiori ospedali del cantone Ticino, vi è carenza di personale specializzato a causa del turnover abbastanza alto.

Vorrei sottolineare un aspetto molto receptivo: il coinvolgimento dei familiari; noi abbiamo un reparto di cure intensive con "le porte aperte"; non solo ma io insisto molto affinché i familiari che se la sentono partecipino direttamente alle cure con l'IP. Abbiamo familiari che hanno paura di toccare il loro congiunto, che lo vedono avvolto a macchinari di vario genere; ma non appena essi dimostrano un certo grado di coinvolgimento, noi chiediamo loro di aiutarci. Chiaramente dalla nostra parte ciò comporta un maggiore impegno visto che dobbiamo render conto ad una persona estranea di tutto ciò che facciamo; pur essendo stressante abbiamo notato che vi è una buona rispondenza dopo qualche giorno".

R.: M. CHIARA ALLEMANO - Non vi è un coordinamento tra i vari partecipanti al corso propedeutico ad attività educative; queste persone vengono formate per tutto l'Istituto, ma sono pochi i reparti che le utilizzano come dovrebbero. Vengono formate quelle che da noi si chiamano "guide di tirocinio" ma non vengono né utilizzate, né identificate dal personale e dalla scuola per il tutoraggio degli allievi. Questo spiega anche il fatto che i reparti non compresi nell'area critica non ritengono opportuno sfruttare le guide di tirocinio, né attuare un programma di inserimento. Quindi, in definitiva, alle guide di tirocinio non viene riconosciuta la formazione intrapresa.

L'inserimento del personale neo assunto non deve essere seguito da un solo tutor, ma se inizialmente la cosa viene delegata ad uno o due tutor, magari le fi-

gure più motivate e che hanno partecipato più attivamente al programma, poi diviene necessario un coinvolgimento di tutto il personale.

D.: DAMIANO, *IPAFD, sezione di cardiologia, Pinerolo-Torino* - Abbiamo un grossissimo problema di personale: otto letti di UTIC e otto letti di corsia gestiti da dodici IP; le stesse persone due volte alla settimana si occupano dell'impianto di pace-maker definitivi. Esiste qualche normativa alla quale posso appellarmi oltre che al Decreto n. 128 del '69, circolare CIPE e legge sulla determinazione degli standard? Secondo tali normative dovrei avere venti IP.

D.: CRISTINA, *Pronto Soccorso, Sant'Anna, Como* - In relazione al cambiamento della formazione (DU) e alle difficoltà presenti all'inserimento di allievi IP, ci chiediamo se è possibile una risoluzione?"

R.: CARMEN BERTOCCHI - Quel reparto lo chiuderei! Noi abbiamo 2200 IP che aspettano il concorso e a me mancano 50 IP. Non siamo mai arrivati a una situazione così grave come la tua... Cosa fare; è un problema di strategia e valutare il tipo di direzione sanitaria e amministrativa. Se si informano tali direzioni che con un organico del genere si può solo erogare un'assistenza pericolosa, ciò non risolve il problema morale e professionale perché comunque le nostre responsabilità le abbiamo ancora, ma ciò potrebbe far smuovere; non comprendo una direzione sanitaria così disattenta. Inoltre in area critica c'è una deroga per cui si possono sostituire almeno le persone in maternità e l'assunzione può avvenire per chiamata e senza visita medica. In rapporto al DU, l'impegno nostro è di orientarci ad un'assistenza personalizzata ed il primo aspetto da risolvere è la mancanza di voglia di fare.

D.: CARLO, *ospedale Niguarda, cardiocirurgia TI* - Abbiamo un elevato numero di infermieri che provengono dalle più svariate scuole, soprattutto del sud, ma a loro spesso manca persino l'assistenza infermieristica di base. Quanto è possibile uniformare le scuole a livello di grado di formazione? e chi deve farlo?

D.: BARONIO, *IPAFD, centro De Gasperis, Niguarda, Milano* - Per Allemano: I corsi per i vostri tutori vengono organizzati dalla direzione sanitaria? Chi insegna e come vengono valutati tali tutori? Ringrazio Zucchinali per aver sottolineato l'aspetto etico-comportamentale e chiedo a lui: l'IP viene informato sui contenuti che si andranno a valutare nei primi tre mesi di prova?

D.: SAULA, *IP, Pronto Soccorso, Sant'Anna, Como* - Sig.ra Bertocchi, cosa intende per mobilità del personale: sono stata spostata per un pomeriggio dal mio reparto (PS) al servizio di rianimazione, con la scusa che è tutta area critica.

D.: PINNA, *IP, Merate* - A Monfredini: Nella scelta dei vostri protocolli per le modalità di inserimento,

è stato coinvolto tutto il gruppo IP o solo un gruppo di lavoro da parte dell'ufficio infermieristico? Visti i risultati a cinque anni, ritenete opportuno rivalutare questi protocolli?

D.: MAURO STEFANIA, *TI, cardiocirurgia, Varese* - Una domanda per la Sig.ra Bertocchi: Tanti IP e abbinamento a reparto difficoltoso: non ritiene opportuno effettuare una scelta anche nel luogo di provenienza vista la tendenza a lavorare sottocasa?"

R.: CARMEN BERTOCCHI - Non esiste omogeneità nella formazione. Attenzione. Vi sono situazioni difficili da gestire: io ho denunciato al collegio di Milano una collega IP incapace professionalmente e umanamente, chiedendo che si facesse tramite a denunciare la scuola dove ella era stata formata.

Per rispondere alle altre domande.

Noi abbiamo il compito di accogliere correttamente il collega.

Mobilità del personale: la intendo come momento di incentivazione personale.

Vi sono molti vincoli e molte variabili da tenere in considerazione, e vi sono vincoli di legge per i quali non si può fare nulla. La cosa più importante è che i colleghi pongano la loro attenzione sulla loro formazione.

R.: M. CHIARA ALLEMANO - Il corso propedeutico per attività educative viene organizzato dall'ufficio aggiornamento e viene tenuto dal dottor Bianca che si occupa della gestione di gruppi e della formazione del personale per la gestione di gruppi. Non esiste una valutazione al termine del corso di aggiornamento, proprio perché non è un corso di formazione.

È importante l'aspetto relazionale tra il tutor e il neo assunto e la strategia di inserimento.

R.: GIOVANNI ZUCCHINALI - Durante il colloquio di assunzione si mostra il nostro formulario e si illustrano le nostre aspettative; è chiaro che se vi sono problemi di inserimento il gruppo "scoppia" poiché esso ha una relazione affettiva con il neo assunto mentre noi dobbiamo valutarlo professionalmente. Possono dunque nascere conflitti, vi assicuro che nascono!

R.: MAURIZIO MONFREDINI - Tutto il lavoro è stato creato dal personale di reparto senza linee guida della

direzione sanitaria. Tutti i protocolli vengono aggiornati costantemente dall'autore stesso e approvati anche dall'équipe medica; l'aggiornamento è necessario viste le continue innovazioni tecnologiche e mediche.

D.: AGNESE - lavoro da otto mesi in cardio chirurgia TI, Bergamo. Quando mi sono diplomata avevo paura di lavorare in un'area critica, soprattutto per la traumaticità dell'inserimento; mi congratulo con i colleghi del Niguarda per la loro innovazione. Sono contenta adesso; avevo chiesto di non essere inserita in un'area critica con maggioranza pediatrica ... cosa che invece è avvenuta!

D.: PAOLO FERRARA, *IPS, cure intensive, Bellinzona, Svizzera* - Quali problemi ed ostacoli nel programma e nel periodo di introduzione avete riscontrato, legati per esempio alla classe medica o all'inserimento di IP aventi una lunga esperienza?

R.: GIOVANNI ZUCCHINALI - Ostacoli medici no; il medico viene coinvolto solo dopo se necessario. C'è l'équipe che difende e quella che attacca, noi dobbiamo valutare la professionalità.

R.: MAURIZIO MONFREDINI - Problemi medici no, il medico è a conoscenza e lascia ampio spazio, a lui interessa avere IP validi a gestire il paziente. Per l'inserimento di IP con fondata esperienza, nei primi trenta giorni di lezione teoriche si riesce ad avere un'idea dei vari caratteri dei neo assunti: un IP con carattere forte sarà tutor per l'IP con più difficoltà a inserirsi e così via.

Pierangelo Spada

Se non ci sono altre domande, per continuare il dibattito, dichiaro conclusa questa interessante e ricca giornata che ha visto protagonisti non solo i relatori per le loro puntuali e competenti esposizioni, ma soprattutto voi colleghi che con le vostre domande, precisazioni e richieste di chiarimenti avete contribuito a rafforzare l'identità e la cultura professionale. Prima di congedarci vi invito a presentare le vostre proposte, i contributi, i suggerimenti e le critiche ai delegati regionali in modo da finalizzare al meglio gli sforzi per la realizzazione di queste iniziative. Arrivederci al 2 giugno prossimo.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO

Bergamo, 2 giugno 1995

COMPETENZE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA IN ATTESA DI TRAPIANTO

Autore: I.P.A.F.D. A. Maffioletti

Centro Trapianti di Midollo Osseo, Ospedale Maggiore di Milano - I.R.C.C.S.

Premessa

La mia personale esperienza riguarda esclusivamente la persona in attesa di trapianto di midollo osseo. Sicuramente ci sono delle differenze fondamentali tra chi attende il trapianto di un organo rispetto a chi attende un trapianto di midollo. Sinteticamente cercherò di evidenziarle.

Paziente in attesa di trapianto d'organo	Paziente in attesa di trapianto di midollo
<ul style="list-style-type: none">* Aspetta la donazione da una persona deceduta* La condizione fisica non sempre è buona o discreta. L'utente non sempre è reinserito nel sociale.* Il paziente attende il trapianto per ricominciare a "star bene" e ricreare l'immagine di sé intesa come percezione del proprio corpo;<ul style="list-style-type: none">- come immagine mentale del proprio corpo;- come capacità intellettive;- stato e ruolo sociale;- rapporti interpersonali;	<ul style="list-style-type: none">* Aspetta la donazione da una persona vivente/sana* La persona è spesso in fase di remissione completa e reinserito nella famiglia, nella scuola, nel lavoro.* La persona deve accettare un ricovero ed un trattamento pesante che sicuramente lo faranno "star male" e modificheranno l'immagine di sé, per ottenere in un tempo medio/lungo maggiore possibilità di debellare la malattia, ma nessuna certezza che ciò accada.

Tutto ciò viene vissuto soprattutto nei pazienti affetti da patologie ematologiche quali la Leucemia Mieloide Cronica, che raramente hanno sperimentato l'esperienza di ospedalizzazione, radiochemioterapia e di morte, vissuti normalmente dai pazienti ematologici ricoverati presso reparti comuni.

Sono in genere pazienti giovani, con una buona qualità di vita che solitamente lavorano o studiano, sono circondati da affetti e conducono una vita "normale".

Si trovano di fronte ad una scelta drammatica: sono

consapevoli che la loro malattia fintanto che rimane in fase cronica non dà particolari problemi, può essere controllata assumendo solo pochi farmaci, non dà grosse limitazioni.

Ma ad un certo momento può evolvere in fase acuta (i tempi non sono ipotizzabili) e a questo punto non ci sono possibilità.

Per chi ha fratelli compatibili si opta per il trapianto da donatore consanguineo e la scelta dei tempi crea meno problemi. A chi non ha questa possibilità viene proposta la ricerca di un donatore non consanguineo.

Tutto questo è spiegato nel primo colloquio che il paziente ha con l'équipe del Centro Trapianti di Midollo Osseo, équipe che comprende uno o più medici, l'infermiere e la psichiatra.

In questa primissima fase l'infermiere non interviene direttamente nel colloquio ma è solo il medico che fornisce tutte le informazioni, le spiegazioni, rispetto alle scelte da compiersi.

Il ruolo dell'infermiere è comunque importante sin da questo primo incontro. L'utente si accorge della sua presenza nel gruppo, non ha di fronte solo il medico, la diagnosi, le percentuali di successo o insuccesso, i rischi ...

Le competenze e le responsabilità dell'infermiere si evidenziano maggiormente nei successivi incontri che potranno susseguirsi per lungo tempo.

Diventa una figura di riferimento che accompagnerà il paziente durante tutte le fasi successive quali la ricerca, l'attesa, il trapianto e il post-trapianto.

Analizzando la fase di attesa emergono soprattutto bisogni di:

- 1) sicurezza;
- 2) informazione;
- 3) rinforzi continui;
- 4) conferme.

Grande responsabilità nell'informare la persona e i familiari, renderli pienamente consapevoli di tutto ciò che comporta il trapianto di midollo.

L'utente dopo alcuni incontri ha in genere piena consapevolezza dei rischi che affronta.

Ciò nonostante la maggior parte di loro decide di attivare la ricerca ed inizia a sperare di trovare subito un donatore poiché a questo punto ha paura della ricaduta se non ha la certezza di poter effettuare il trapianto e quindi avere un'altra possibilità.

È l'infermiere che dà le informazioni circa le procedure attuate in Camera Sterile; l'utente vuole vedere la camera, sapere cosa succederà quando sarà ricoverato, cosa potrà o non potrà fare e solo l'infermiere sarà in grado di rassicurarlo e motivarlo in questo senso.

Inoltre potrà fargli conoscere la struttura, gli altri membri dell'équipe, rinforzarlo laddove lui mostra maggiori paure ed incertezze.

I parenti non scelgono per lui, nessuno può farlo! L'infermiere fa da tramite con gli altri membri dell'équipe; le informazioni che riceve dal paziente e dalla famiglia non deve "farle sue" ma rendere tutti partecipi per attuare strategie di intervento comuni a tutti. Gioca un ruolo fondamentale anche la figura dello psichiatra che riceve molte informazioni sia da parte del paziente che da parte della famiglia e che in seguito riferisce all'équipe.

Responsabilità nell'aiutare il paziente ad accettarsi; egli modificherà completamente il suo aspetto fisico, perderà i capelli, verrà rasato. Avrà tutta una serie di complicanze gastro-enteriche che lo renderanno dipendente.

Insegnargli ad accettare tutto ciò come percorso obbligatorio senza mai fargli pesare le sue condizioni, ma semplicemente aiutandolo.

Gli infermieri saranno le uniche figure presenti durante l'intera giornata che il paziente potrà vedere da vicino (seppure dotati di mascherina), toccare (seppure dotati di guanti) e dai quali a sua volta potrà essere toccato e manipolato.

Responsabilizzare su tutte le corrette procedure atte a prevenire le infezioni, spesso letali nelle fasi di aplasia (la corretta igiene personale, la pulizia accurata e continuativa del cavo orale).

L'utente conosce i rischi legati all'infezione:

- controlla il saper fare dell'operatore;
- apprezza il sapere;
- rispetta il "saper essere".

Conclusioni

Le competenze e le responsabilità dell'infermiere in questo ambito sono chiaramente d'importanza fondamentale nella risposta ai bisogni della persona in attesa di trapianto.

Gli spazi dove l'infermiere può intervenire in modo autonomo sono vasti e come abbiamo visto accompagnano il paziente nelle diverse fasi.

Solo professionisti pienamente consapevoli del ruolo

che svolgono, sono riconosciuti, apprezzati e stimati dall'utente non solo come brevi esecutori di tecniche, ma nella loro completezza di professionisti, capaci di dare risposte globali.

ALLEGATI

Italian Bone Marrow Donor Registry

CONSENSO PER LA RICERCA DI DONATORE NON CONSANGUINEO

Il sottoscritto

nato a il

sono a conoscenza del fatto di essere affetto da

.....

Ho compreso che le cure convenzionali non garantiscono al momento attuale una guarigione della mia malattia.

Il Trapianto di Midollo Osseo Allogeneico è una procedura terapeutica possibilmente utile e potenzialmente curativa.

Il Trapianto di Midollo Osseo Allogeneico è però gravato da complicazioni immunologiche fra donatore e ricevente (rigetto, malattia trapianto verso ospite, infezioni) potenzialmente letali.

Dato che nella mia famiglia non vi sono donatori compatibili viene avviata la Ricerca di Donatore non consanguineo presso l'IBMDR. La procedura della ricerca comporta una spesa a mio carico che va da un minimo di L. 320.000 ad un massimo variabile a seconda del tipo e del numero di esami da eseguirsi sui donatori potenziali. Per il costo del prelievo e invio del midollo osseo esiste un tariffario internazionale che varia a seconda del Registro di provenienza.

Mi è stato fornito un modulo per il pagamento di L. 320.000 (costo dell'attivazione del registro Italiano) e sono stato informato che solo dopo tale pagamento la mia ricerca diventerà attiva.

Mi è stato fornito il listino dei costi dei Registri esteri e sono stato informato che potrà subire variazioni.

Riceverò tramite posta le indicazioni sui test opportuni da eseguirsi accompagnate dalle relative modalità di pagamento: sono stato informato che solo a bonifico effettuato è possibile eseguire gli esami. Per sveltire lo svolgimento della ricerca dovrò far pervenire al registro italiano IBMDR copia di ogni bonifico.

Sono stato informato che posso chiedere un contributo alla mia USL/Regione per le spese inerenti la ricerca e l'eventuale trapianto di midollo. Sono stato avvertito che dovrò in prima persona e prima di effettuare qualunque bonifico informarmi in merito presso la USL di appartenenza. Il Trapianto può avvenire solo se si identifica un donatore idoneo e la probabilità che questo avvenga è del 10% e se le condizioni cliniche ed ematologiche lo consentono.

So che potrò decidere di sospendere la ricerca previa comunicazione al Centro Trapianti.

Dò il mio consenso spontaneo ed informato per avviare la Ricerca di donatore non consanguineo.

In fede

Il paziente

Il Responsabile del Centro Trapianti

Data

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

CENTRO TRAPIANTI DI MIDOLLO

(Resp. Prof. G. Lambertenghi-Deliliers)

Via F.Sforza 35 - 20122 Milano

Tel. 5461148-5503.3335/3354

Fax: 39.2.5466061

Io sottoscritto
sono stato informato dai medici del Centro Trapianti di Midollo di essere affetto da leucemia mieloide cronica. Il trapianto di midollo da donatore non consanguineo HLA-compatibile mi viene proposto in quanto, allo stato attuale delle conoscenze, esso sembra offrire le maggiori possibilità di guarigione della malattia da cui sono affetto. Durante la fase di preparazione al trapianto riceverò il farmaco ciclofosfamide per via endovenosa per due giorni allo scopo di distruggere le cellule patologiche e, allo scopo di rafforzare e completare l'azione dei farmaci, sarò sottoposto a panirradiazione corporea iperfrazionata mediante acceleratore lineare ad una dose di 1320 cGy (suddivisa in più sedute in un arco di quattro giorni) e ad irradiazione splenica (frazionata in quattro sedute).

Il midollo osseo mi verrà donato volontariamente dal donatore
risultato HLA e MLC compatibile; tale midollo, prelevato lo stesso giorno del trapianto, mi verrà dato per infusione endovenosa dopo il termine della terapia.

Durante tutto il periodo post-trapianto e fino a che il midollo non funzionerà adeguatamente, sarò curato in condizioni di sterilità e riceverò antibiotici, antivirali e sostanze disinfettanti al fine di prevenire il più possibile le infezioni.

Possibili complicanze:

- 1) il farmaco ciclofosfamide induce malessere, vomito, cistite emorragica, caduta dei capelli, soppressione delle cellule midollari; può inoltre causare disturbi cardiaci;
- 2) l'irradiazione corporea viene data a dosi tali che le cellule midollari non possono sopravvivere. I primi effetti di tale terapia sono nausea, vomito e diarrea. La dose è tale da dare quasi sempre sterilità. Altre possibili complicanze possono interessare il cristallino. Infine non si può escludere che altre possibili complicanze, fino ad ora sconosciute, compaiano come effetto a distanza delle radiazioni.

Quando il midollo trapiantato avrà incominciato a funzionare, esiste sempre la possibilità della malattia da reazione del trapianto contro l'ospite (GVHD). Questa manifestazione, che colpisce la cute, l'intestino e il fegato, può non verificarsi del tutto, può essere di lieve entità o può essere molto grave con complicanze anche serie. Allo scopo di prevenirla riceverò i farmaci methotrexate e ciclosporina-A, quest'ultima per almeno sei mesi.

Affermo di avere avuto tempo e agio a sufficienza per discutere lo scopo, i rischi e le possibili complicanze legate al trapianto di midollo osseo da donatore non consanguineo. Punti che non mi erano chiari e che mi sembravano importanti mi sono stati ulteriormente spiegati.

Milano, 18 novembre 1994

ABILITÀ TECNICHE E COMUNICATIVE NELLA RELAZIONE ASSISTENZIALE

Autore: I.P. E. Marcellini

Centro Trapianti Azienda Ospedaliera di Bergamo

Introduzione

Vorrei prima di tutto ringraziare gli organizzatori di questo incontro per la sensibilità dimostrata nella scelta degli argomenti da affrontare nel vasto mondo del trapianto.

Con mia grande gioia, sempre crescente è la sensibilità, da parte della classe infermieristica, verso le problematiche squisitamente psicologiche.

È arrivato il momento di sfatare il "mito" dell'infermiere di terapia intensiva, solo interessato alle innovazioni tecnologiche e sordo ai bisogni di comunicazione. Proprio per la criticità delle condizioni del paziente, all'IP servono strumenti sicuri e precisi per inviare e ricevere informazioni.

Sempre maggiore è la consapevolezza che, anche il trapianto, al di là dell'impegno puramente tecnico, è carico di problematiche psicorelazionali. Proprio per questo la mia relazione si occuperà, in modo più approfondito, delle abilità comunicative.

Io non sono un'esperta di comunicazione sociale, la mia "unica referenza" è quella di essere un'operatrice sanitaria che, nel "sistema ospedale", quotidianamente entra in relazione, quindi comunica, con le persone sottoposte a trapianto.

Vorrei inoltre scusarmi per la parzialità nella scelta degli esempi che riguarderanno la realtà del Trapianto Renale; realtà nella quale opero e della quale mi è più semplice ed immediato parlare.

La relazione sarà integrata, mi auguro piacevolmente, da brani tratti da *Le scarpe appese al cuore*, di UGO RICCIARELLI (Feltrinelli 1995), professore di filosofia trapiantato di cuore-polmoni all'estero, che ha saputo, in maniera essenziale ed immediata, descrivere le sue emozioni durante quest'esperienza.

La comunicazione

Vorrei che la vostra attenzione fosse ora rivolta a qualche concetto di ordine generale legato alla comunicazione (fig. 1):

Comunicazione = processo grazie al quale si danno e si ricevono informazioni

All'interno del processo comunicativo si possono individuare formalmente vari fattori quali:

1) *emittente*: colui che produce ed invia il messaggio (per poter comunicare in maniera ottimale l'emittente

deve essere credibile, sapendo scegliere i migliori mezzi disponibili da utilizzare);

2) *ricevente*: colui che riceve e decodifica il messaggio (necessaria è la sua disponibilità a ricevere, tutto o in parte, il messaggio inviatogli);

3) *il messaggio*: tutto ciò che l'emittente desidera inviare al ricevente utilizzando un codice ed un canale (il messaggio può essere intenzionale, conscio es. verbale, oppure intenzionale, inconscio es. non verbale);

4) *il codice*: un sistema di regole che assegna a dati segni un dato valore (il codice deve essere ben conosciuto e condiviso dagli attori della comunicazione);

5) *il canale*: è il mezzo fisico o ambientale, attraverso il quale il messaggio viene trasmesso (vocale, visivo, tattile, per iscritto, TV ...);

6) *il contesto*: è costituito dall'ambiente fisico e dalla situazione socioculturale in cui avviene il processo comunicativo (luogo, tempo, situazione storica, psicologica e relazionale).

Affinché la comunicazione sia corretta occorre che tanto l'emittente quanto il ricevente non siano eccessivamente disturbati da situazioni personali fisiche o psicosociali (rumori); tanto nel processo di codificazione che in quello di decodificazione, l'emittente ed il ricevente debbono preoccuparsi di chiarire quanto viene trasmesso e ricevuto (feedback); tanto l'emittente quanto il ricevente, inoltre, sovrappongono al messaggio iniziale un altro, non sempre di facile comprensione, rendendo ancor più complesso tutto il processo (metacomunicazione); infine bisogna tener presente che esiste la possibilità che la comunicazione venga distorta, cioè che il ricevente recepisca ciò che non era nelle intenzioni dell'emittente comunicare (arco di distorsione) (fig. 2).

Riassumendo, i criteri principali che devono guidare l'emittente nella costruzione del messaggio, sono: l'adeguatezza del codice, l'attenzione a sé e all'altro, la relazione psicoaffettiva che si instaura, la capacità di percezione e di comprensione del ricevente.

La relazione assistenziale con la persona sottoposta a trapianto d'organo

Tenendo ben presenti le basi teoriche fino ad ora illustrate, torniamo ora al "nostro" trapiantando, cerchiamo di individuare le fasi che caratterizzano il percorso obbligato per arrivare al trapianto d'organo e

di affrontare i problemi e indicare gli espedienti tecnico-comunicativi adatti da utilizzare in ogni fase. A grandi linee potremmo individuare tre fasi:

- pre-trapianto;
- trapianto;
- post-trapianto.

Pre-trapianto

Questo periodo è di durata molto variabile ed è il tempo che intercorre tra l'effettivo inserimento in lista per il trapianto e l'intervento vero e proprio.

In questa fase le abilità tecnico comunicative si possono concretizzare nei tentativi di fornire al trapiantando tutte le informazioni utili per affrontare, psicologicamente e fisicamente, gli avvenimenti che caratterizzano tale intervento.

L'importante è creare la consapevolezza degli avvenimenti e dei cambiamenti che il trapianto comporta, fornendo un bagaglio di informazioni chiare riguardanti i molteplici aspetti di questa "scelta terapeutica".

Necessario sarebbe l'approfondimento delle problematiche chirurgiche (legate all'intervento vero e proprio, alle eventuali complicanze e alla terapia intensiva), delle problematiche mediche (rigetto, utilizzo di farmaci immunosoppressori e loro effetti collaterali), delle problematiche psicologiche e sociali (modifiche dell'aspetto fisico quali gonfiore-irsutismo da cortisone), per preparare il paziente ad affrontare anche le difficoltà nel post-trapianto.

Altri argomenti dovrebbero essere affrontati quali: il tipo di trapianto (da vivente, da cadavere), la legislazione in materia di espunti e trapianti ed etica del trapianto, creandone così una vera e propria cultura. Maggiore sarà il grado di conoscenza, più i pazienti saranno incoraggiati a partecipare attivamente al proprio recupero riuscendo anche ad assumersi le proprie responsabilità.

In un interessante articolo di TINA HABERER-WEISS, portatrice da 13 anni di un rene trapiantato e dirigente del programma pazienti di una ditta farmaceutica statunitense, apparso sull'*EDTNA-ERCA Journal* del dicembre 1989, si legge: "... Una volta operato il paziente sarà costretto ancora a prendere medicinali e a sottoporsi a diverse visite ospedaliere. All'inizio queste necessità sembrano trascurabili, ma con il passare del tempo i riceventi diventeranno sempre meno disponibili nei confronti del loro trattamento.

Per poter godere pienamente dei benefici del trapianto il paziente andrà sempre coinvolto sia fisicamente che psicologicamente ..." tenendo ben presente che ... "avere a che fare con un trapianto è una sfida che dura tutta la vita".

Nel 1987 nella Divisione di trapianti dell'Università del Texas, è stato eseguito uno studio, relativo a 500 casi di pazienti trapiantati su un periodo di 5 anni, che ci mostra l'effetto negativo che la non partecipazione alla terapia immunosoppressiva ha sul trapianto. Pensate che nel complesso, la non partecipazione è stata la terza causa di fallimento del trapianto, pre-

ceduta solo da infezioni e rigetto.

Si potrebbe quasi affermare che la disinformazione e la mancanza di collaborazione dei pazienti possono precludere il decorso post operatorio a breve e a lungo termine, quindi la vita normale dopo il trapianto.

Tali obiettivi vengono raggiunti in Italia e all'estero con l'ausilio di *opuscoli informativi*, redatti spesso dalle stesse équipes di trapianto e consegnati a questi potenziali riceventi al momento della messa in lista.

Altro canale comunicativo è quello dei *corsi di preparazione al trapianto*, vere e proprie lezioni tenute da professionisti (medici, infermieri, psicologi, ecc. ...) e da persone già trapiantate; questi incontri affrontano le problematiche tecniche ma soprattutto divengono occasione per lo *scambio* di esperienze. Sarebbe auspicabile la partecipazione, a questi corsi, anche dei familiari del candidato al fine di prepararli a supportare il loro congiunto. Queste sono alcune dichiarazioni di pazienti trapiantati, forse possono farci riflettere sull'importanza della preparazione:

... *"Non ne potevo più della mia trasformazione; ogni mattino mi guardavo allo specchio e non mi riconoscevo ... nessuno mi ha detto questo ... e tutti si comportavano in modo normale!..."*

L.B.

(trapianto renale nell' '89, dopo due anni rientro in dialisi per rigetto acuto da sospensione della terapia anti rigetto).

... *"Questi peli... questa faccia... quando sono rientrato a scuola dopo il trapianto i miei professori non mi hanno riconosciuto!... Mi hanno detto: e tu? Sei nuovo?... Sono scappato via dalla vergogna!..."*

M.N.

... *"È come se mi sentissi combattuta tra il fatto di avere un nuovo rene e quello di essere sempre stata malata ... Sono un po' gelosa ... Mi chiedo, non sarei potuta essere già sana? ..."*

R.V.

... *"Ero al telefono ... quando entra J., ... ad annunciarmi che hanno trovato degli organi per me. Ho creduto di aver capito male e l'ho pregata di dirlo a W. che parla un ottimo inglese. Era vero. J. mi ha spiegato brevemente in cosa consisteva l'intervento, fissato per domani mattina e finalmente ho potuto sentire la verità ufficiale su come si fa un trapianto, spogliata da ogni leggenda creata dalle lunghezze delle attese, dall'ansia di chi la vive, dalle parole trasformate passando di bocca ..."*

Corsi di formazione per IP addetti ai trapianti

Per poter conseguire gli obiettivi sopra citati è altresì necessario che gli stessi operatori sanitari, che si trovano a lavorare con questi pazienti, sviluppino conoscenze e abilità tali da poter gestire situazioni così complesse. Le competenze richieste all'IP riguardano gli

aspetti tecnici del trapianto ma anche la capacità di affrontare in maniera adeguata i bisogni psicologici dei malati e le dinamiche relazionali che si sviluppano nel rapporto terapeutico. Questo rapporto presenta delle caratteristiche peculiari poiché si svolge nell'ambito di una relazione che, in pochi altri casi, è così stretta e coinvolgente. In esso, i pazienti esprimono i bisogni psicologici legati alla loro storia personale ma soprattutto quelli dell'esperienza della malattia cronica che li ha portati al trapianto. Sarebbe necessaria la formazione sotto la guida attenta e competente di esperti della comunicazione e di psicologi clinici, che forniscano al personale conoscenze e competenze che lo rendano autonomo e gli permettano di utilizzare come risorsa terapeutica lo strumento più efficace di cui egli dispone, la sua stessa persona. Con i pazienti trapiantati si crea una strettissima relazione interpersonale, di loro sappiamo "vita, morte e miracoli", a noi affidano spesso messaggi che riguardano il loro vissuto e ci rendono partecipi di emozioni così intime e pesanti da lasciarci senza parole e con l'incapacità di allontanare dalla mente ciò che ci hanno comunicato. Era così semplice sul libro di psicologia capire la differenza tra empatia e simpatia e sapere il percorso da seguire, immedesimazione-incorporazione-risonanza-distacco, eppure quante volte abbiamo la sensazione di non riuscire ad andare oltre all'incorporazione.

Il trapianto

L'assistenza infermieristica di base, come tutti saprete, è equivalente a quella prestata a pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di una certa entità.

La differenza è data dalle caratteristiche particolari di un trapianto legate al fenomeno del *rigetto*, *rischio* costantemente presente, alla *terapia immunosoppressiva* cui i pazienti sono sottoposti in dosi più o meno importanti e che li espone al rischio di gravi ed indesiderate *complicanze infettive*.

Tali peculiarità rendono obbligatorio l'utilizzo di tecniche sterili nell'approccio al paziente. La degenza in questa fase si svolge in terapia intensiva, luogo adatto per l'immediato post-operatoria dove l'immunosoppressione è più importante ed il trapiantato è più a rischio perché portatore di ausili invasivi, quali CV, CVC, Drenaggi addominali, ecc.

Ed è spesso proprio la necessità di isolare il paziente la prima causa di difficoltà comunicative.

Iniziamo dal *contesto*:

- spesso le Terapie Intensive vengono descritte come luoghi fantascientifici; i pazienti si sentono fuori posto, non a loro agio in mezzo ad apparecchiature di ogni tipo. Il nostro compito è quello di tranquillizzarli spiegando cosa sono quelle apparecchiature e a cosa servono, facendo capire come possano muoversi e fornendo tutti gli ausili che la tecnica ci permette di utilizzare, per alleviare i problemi legati all'allettamento, alla presenza di infusioni in continuo, ecc.

... *"È gentile T., parla sempre sottovoce mentre ar-*

meggia intorno alle mie macchine. Ora capisco meglio l'inglese, ma non mi importa di sapere quello che dice, mi piace essere accudito dalle sue mani esperte e precise, accompagnate dalla sua voce cantilenante. Adesso, però, la voce si è fatta improvvisamente stridula, le sue mani sono diventate dure, scattano sulla canula dell'aspiratore dando colpi decisi dentro il tubo, in fondo alla mia gola ...

... Finisce tutto all'improvviso, all'improvviso le mani che stringono il collo ridiventano dolci, l'aria ricomincia a passare nel tubo liberato, la luce torna quieta, le voci bisbigliano. Sono dentro l'abbraccio di T. che mi asciuga le lacrime con la cantilena della sua voce morbida, la mia infermiera che mi accarezza"...

- la situazione psicologica del paziente in questa fase è molto critica, tensione e aspettative ne occupano la mente; anni e anni di dialisi, di disturbi cardiaci o respiratori ci dividono, non stupiamoci se ciò che gli diciamo non sempre è recepito od assimilato, e non stanchiamoci se è spesso necessario, essere sicuri che il messaggio sia arrivato (feedback).

... *"C'è R. di turno e dalla mia confusione forse riesce a capire solo che sono disperato.*

Mi allunga il tubo di qualche metro e mi fa sedere nel suo ufficio. Poco dopo ritorna con un bicchiere di latte caldo, tutto quello che la moderna scienza può offrirmi in questo caso"...

Il canale:

- troppo spesso, nel comunicare, sottovalutiamo o ignoriamo l'insieme dei vari segnali che influenzano la relazione con l'altro ed i suoi comportamenti senza l'utilizzo della parola. La comunicazione non verbale, prodotta attraverso il linguaggio corporeo è infatti, spesso inconscia e ricca di significati profondi. Importantissima è la coerenza tra parole e gesti.

Il volto è una parte del corpo di grande rilievo per la comunicazione non verbale, esso invia informazioni molto efficaci.

Pensiamo quindi agli IP come obbligati, con capo e volto coperti da scafandri e mascherine, è importante tenere conto dell'effetto provocato sui pazienti e sforzarsi di utilizzare e controllare quei canali comunicativi di solito abbandonati nelle normali relazioni; *lo sguardo*, può facilitare o bloccare un dialogo; *i gesti*, sono molto significativi e possono essere accidentali o intenzionali, possono rafforzare o completare le capacità verbali; *le posture*, possono indicare se la persona è ostile o amica, se ricerca un contatto o lo esclude; *l'aspetto esteriore*, offrendo attraverso la cura della propria persona un'immagine particolare di se stessi; *il silenzio* può costituire, anch'esso, una forma di comunicazione con diversa valenza.

Il messaggio

Abbiamo visto che vi sono canali per inviare un messaggio, ed ogni paziente trapiantato sceglie quello che più gli è consono.

Bisogna tuttavia ricordare che è necessario porsi costantemente il problema dei bisogni non espressi, non palesi, ricercare le manifestazioni di bisogni più profondi ed importanti per l'integrità e l'interesse della persona e di soddisfare tali necessità.

Ricordiamoci inoltre che i messaggi che arrivano al paziente non sono sempre positivi (come il miglioramento della Creatinina) a volte non c'è *urina* da mostrare. Rigetto, infezioni, modificazioni dell'aspetto fisico, spesso accompagnano la degenza post-trapianto e con loro compaiono nel paziente sentimenti depressivi, di insicurezza e paura di poter tornare in dialisi a "vivere un giorno sì e uno no".

Questa situazione è spesso aggravata dai continui cambiamenti di umore dovuti alla terapia cortisonica. L'IP in questa fase è impegnato ad inviare messaggi che siano di supporto al paziente, mirino a fargli comprendere che questa ansia che lo assale è del tutto naturale ma che l'organo ha ancora possibilità di recuperare (ad esempio nelle necrosi tubolari acute), che gli effetti collaterali dei farmaci sono frequentemente effimeri e le modificazioni dell'immagine corporea e dell'umore regrediscono al diminuire delle dosi di immunosoppressore.

La responsabilità è *enorme* tanto più il messaggio è da noi inviato *forte e chiaro* tanto maggiore è la possibilità che il paziente viva meglio questi avvenimenti e soprattutto che abbia la pazienza di aspettare che gli effetti collaterali diminuiscano senza modificare o peggio sospendere, a nostra insaputa, le terapie. Il paziente va quindi ancora una volta istruito e coinvolto e reso protagonista della propria guarigione.

... *"Passo ore a guardarmi le mani, incredulo nel vederle così chiare, rosee e ossigenate... Le mie mani, lo specchio dei miei polmoni ...*

... *Suono all'infermiera, urlo e mi dispero, le mostro queste mie mani tornate di pece. Non mi accontento delle sue impressioni confuse, della luce che lei accende per rischiararle. Mi calmo solo quando mi attacca il dito alla macchina che misura la saturazione: 99% ossigeno. Sono chiare le mie mani"...*

... *"L'infermiera mi guarda con uno strano sorriso, armeggia intorno agli infiniti tubi e ai fili che mi circondano. Ha un bisturi in mano e ora sono sicuro, cercherà di uccidermi.*

Non mi importa se dice che il bisturi le servirà a liberarmi dai legacci del tubo che lei ora vuole togliere, non mi importa che continui a tranquillizzarmi dicendo che tutto va bene... Io so che vuole uccidermi, c'è un piano preordinato per eliminarmi perché so troppe cose, sono stato troppo in ospedale, ho visto certamente qualche cosa che non dovevo vedere"...

Post-trapianto

Già durante il ricovero in Terapia Intensiva è necessario iniziare un programma di educazione sanitaria volto a fornire al paziente quel bagaglio culturale indispensabile per affrontare i grossi e piccoli problemi che si presenteranno quando la vita tornerà "normale".

- spiegare al paziente le norme comportamentali alle quali dovrà attenersi per i primi mesi post trapianto al fine di prevenire ed evitare complicanze chirurgiche, infettive ed immunologiche;
- illustrare le modalità di assunzione dei farmaci, le dosi e gli effetti collaterali;
- spiegare l'importanza delle norme igieniche alle quali attenersi scrupolosamente;
- spiegare segni e sintomi del rigetto e delle infezioni affinché li segnali precocemente all'équipe curante;
- fornire indicazioni sul regime dietetico con particolare riferimento alle norme igienico sanitarie;
- far comprendere al paziente l'importanza dei controlli periodici.

Molti altri argomenti di riabilitazione vanno affrontati e discussi ma ve ne parlerà più approfonditamente Regine, nella sua relazione.

... *"Sono venuti a dirmi che lunedì posso anche andare a casa, posso lasciare l'ospedale, dopo 160 giorni di prigionia. Hanno dovuto ripetermelo due volte perché non capivo; ho le mani che mi tremano e continuo a stare seduto sulla poltrona. Penso a 35 giorni fa, stavo crepando e continuo a rimanere seduto sulla poltrona"...*

... *"La paura che avevo nello staccarmi da questo posto è svanita ora, anzi, si è invertita. Mi domando come ho fatto a resistere"...*

Conclusioni

Come abbiamo potuto notare i messaggi da inviare ad una persona sottoposta a trapianto sono molti e la comunicazione acquista un valore veramente terapeutico.

L'IP deve permettere al paziente di esprimere incertezze, perplessità, dubbi, timori ed ansie e saper rispondere con competenza e semplicità, tenendo presente che la comunicazione umana non è mai completamente chiara e completa, causa limiti fisici e psichici e che si può arrivare ad una comunicazione corretta solo attraverso un continuo processo di revisione e formazione professionale e personale.

Vorrei concludere questo mio intervento leggendo una pagina a mio avviso molto significativa.

... *"Oso cominciare a pensare a quando tornerò a casa, a come potrò condurre la mia vita. Leggendo gli opuscoli dell'ospedale, i consigli dei medici mi danno l'idea che non sarà una vita facile: parlano di sterilizzare gli ambienti, di non frequentare troppe persone, evitare occasioni di infezione, rigida attenzione all'alimentazione, frequenti controlli clinici.*

Io penso allè decine di amici che conosco, alle mie abitudini precedenti, al piacere di stare assieme alla gente, viaggiare, andare a teatro e al cinema. Mi conosco, so che se ora, a pochi giorni di distanza dalle montagne di dolore, la prospettiva di una vita così regolata mi è sufficiente, tra qualche mese la voglia di fare le cose che amo mi porterà certamente a saltare qualche consiglio.

La vita non può essere solamente un'esecuzione di

norme igieniche e sanitarie. Io so che l'amore e la passione, la forza che dà il gusto alle cose non convive con il pragmatismo di queste prescrizioni.

Sono sopravvissuto ma non voglio essere 'un' sopravvissuto.

Vedo attorno a me persone che hanno avuto un trapianto e continuano a vivere per il trapianto, parlano del trapianto, regolano la loro vita sul trapianto. Sono un trapianto.

Ho troppe facce da rivedere, troppe cose da fare, una vita davanti da vivere dopo un naufragio. Curerò abbastanza questo mio nuovo corpo per poterle fare tutte. Non chiedetemi altro.'...'

Bibliografia

1. ROBERTO MARCHI, *La comunicazione terapeutica, Interazione infermiere paziente* Edizioni Sorbona Milano 1993.
2. Atti del Congresso Nazionale S.I.C.P., *La comunicazione nella malattia cronica evolutiva*, Assisi 1994.
3. ORLANDO BASSETTI, *Educazione alla salute e cultura psicologica*, vol. II Emmebi Diffusione, Milano 1990.
4. UGO RICCIARELLI, *Le scarpe appese al cuore, Storia di un trapianto*, Feltrinelli 1995.
5. Atti dell'XI incontro nazionale EDTNA-ERCA, Bologna 1992.
6. ELIO DRIGO, *La sofferenza inutile nelle terapie intensive*, Scenario 1/92.
7. EDTNA-ERCA Journal, *Fallimento del trapianto e rientro in dialisi*, F. Vuffray-Tardini, maggio 1990.
8. EDTNA-ERCA Journal, *Partecipazione del paziente Haberer-Weiss* dicembre 1989.

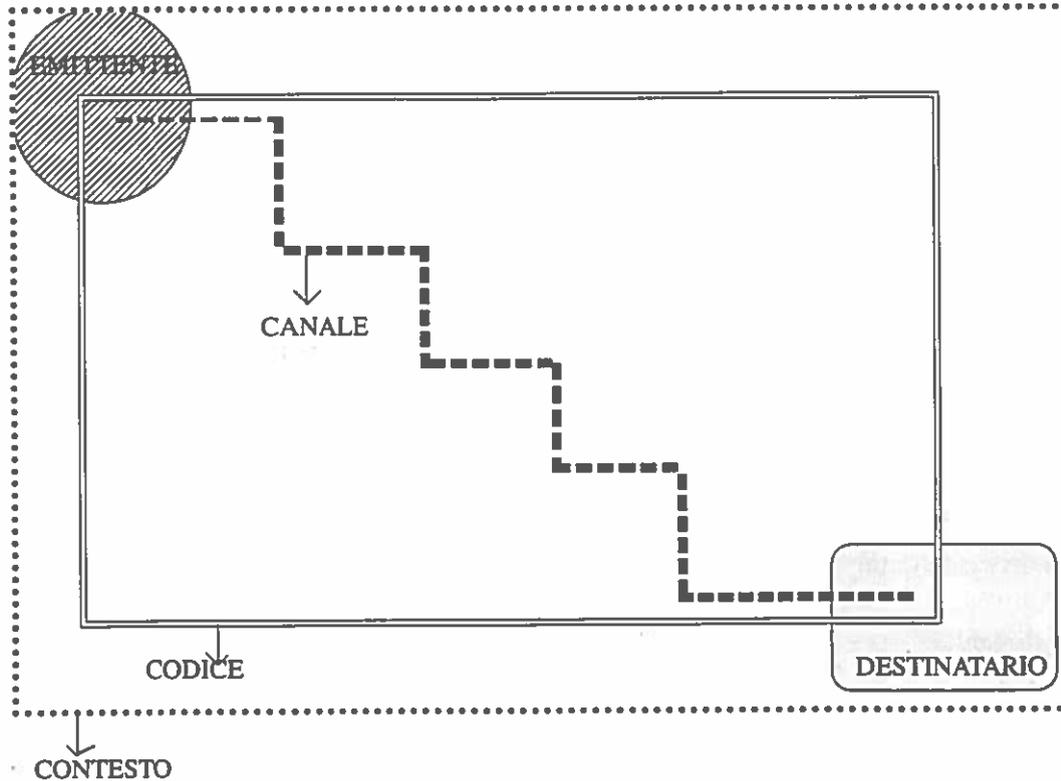


Fig. 1

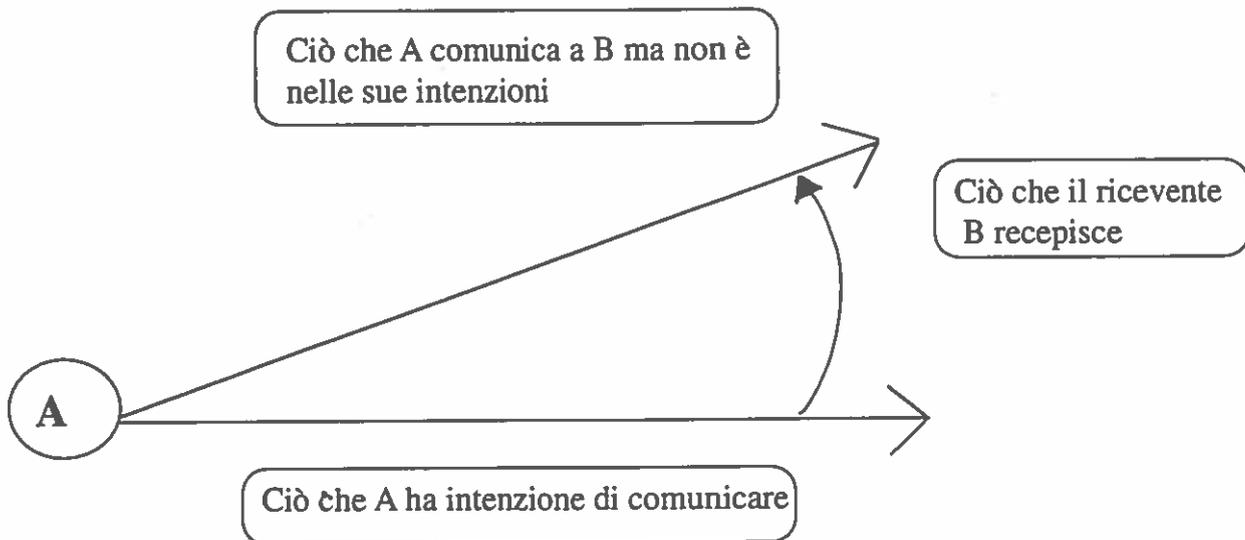


Fig. 2

RECUPERO E RIABILITAZIONE VERSO L'AUTONOMIA DELLA PERSONA CON ORGANI TRAPIANTATI

Autore: I.P. R. Ruhrmann

Divisione di Cardiocirurgia Azienda Ospedaliera di Bergamo

Nel reparto di Cardiocirurgia OO.RR. di Bergamo l'attività di trapianto cardiaco è iniziata dal novembre 1985.

- fino al 30 maggio 1995 sono stati effettuati 329 trapianti cardiaci (TC);
- di cui 45 TC in età pediatrica (età tra 17 gg e 19 aa).

La percentuale di sopravvivenza del TC attualmente è la seguente:

Tempo	% sopravvivenza
30 gg	92%
1 anno	87%
3 anni	83%
6 anni	74%
9 anni	73%

- la percentuale di sopravvivenza è uguale a quella dei migliori centri italiani ed esteri.

Il paziente che necessita di un TC può arrivare all'intervento ancora in:

- discrete condizioni:
 - lavora;
 - sale un piano di scale;
 - non ha terapia ev;

oppure in:

- gravi condizioni:
 - ricovero ospedaliero;
 - deve assumere sempre la posizione semiseduta perché ha dispnea anche a riposo;
 - necessita di inotropi ev (farmaci che consentono la contrattilità delle fibre muscolari cardiache);
 - ha bisogno di ricovero in Terapia Intensiva per un'assistenza ventricolare oppure un cuore artificiale.

La riabilitazione del trapiantato cardiaco

Il periodo di degenza nel nostro reparto è in media di 3 settimane.

Per quanto riguarda la riabilitazione post TC volevo ricordarvi una frase di Virginia Henderson:

... "la funzione dell'IP è anche di favorire la partecipazione attiva della persona malata in modo da aiutarla a riconquistare la propria indipendenza".

Il "favorire la partecipazione attiva della persona ma-

lata" è un punto molto importante durante la degenza post TC: molti pazienti (soprattutto quelli che versavano in gravi condizioni) imparano adesso di nuovo a provvedere autonomamente ai propri bisogni fondamentali (alimentarsi, vestirsi, eliminazione di feci ed urine, muoversi, ecc.)

I pazienti che erano in gravi condizioni pre TC ed erano ricoverati già da mesi in ospedale tendono spesso ancora per un lungo periodo a lasciarsi imboccare/lavare/vestire ecc. dai loro parenti: è come se dopo un lungo periodo di inabilità non riuscissero a rendersi conto che con il nuovo cuore le condizioni fisiche migliorano velocemente.

1) quindi è importante:

- l'aiuto, ma soprattutto lo stimolo al "fare da soli" da parte dell'IP;
- aiuto e stimolo al recupero da parte dei parenti (nel nostro reparto un parente può fermarsi giorno e notte);
- aiuto e stimolo da parte della fisioterapista:
 - mobilizzazione precoce:
 - al letto
 - movimento fuori dal letto
 - cyclette
 - deambulazione.

N.B.: Non mandiamo i pazienti trapiantati a fine degenza in centri riabilitativi, per l'aumentato rischio di riscontrare infezioni soprattutto in ambito ospedaliero. Chi ha bisogno prosegue ambulatorialmente con la fisioterapia.

Il recupero delle capacità fisiche nei bambini spesso è più facile:

- l'interesse per il gioco (per esempio il triciclo o la palla), li fa muovere da soli.

Durante la degenza avviene anche il recupero di una situazione psicologica divenuta difficile durante l'attesa per il TC (per esempio: la convivenza con la paura di una morte improvvisa per lunghi mesi, oppure la difficoltà nell'accettare di aver ricevuto il cuore di una persona deceduta):

- supporto psicologico;
- parlare con pazienti/IP/medici delle proprie ansie e preoccupazioni.

2) l'autonomia alla dimissione significa per il paziente:

- essere capaci di controllare abitualmente:
 - PA-FC-TC;
 - bilanci idrici e peso;
- mantenere la dieta (iposodica e a basso contenuto di grassi);
- conoscere i segni del rigetto/infezioni/eventuali variazioni e comportarsi in modo adeguato;
- dosare ed assumere i farmaci in modo corretto;
- conoscere i loro eventuali effetti collaterali;
- sapere comportarsi in modo adeguato nella vita quotidiana:
 - vita di coppia/famiglia;
 - lavoro;
 - sport;
 - igiene personale ed ambientale;
 - eventuali incidenti e cure dentarie;
 - vaccinazioni;
 - viaggi.

Le figure che svolgono un ruolo di informazione per raggiungere l'autonomia sono:

- IP;
- psicologo;
- medico;
- dietista;
- fisioterapista.

3) autonomia dopo la dimissione vuol anche dire: Ritorno al lavoro e a scuola.

Qui un breve accenno alla fisiologia del cuore trapiantato:

- il cuore trapiantato è denervato, quindi non ha una risposta immediata agli stimoli, ma solo dopo l'aumento delle catecolamine circolanti;
- perciò la tolleranza agli sforzi improvvisi è ridotta: il cuore necessita di un 15 minuti di progressivo riscaldamento prima di intraprendere uno sforzo (come ad esempio correre o andare in bicicletta velocemente);
- studi recenti dimostrano però un adattamento del cuore nel tempo con "normale" tolleranza allo sforzo.

Per cui anche un trapiantato di cuore è benissimo in grado di svolgere un'attività fisica e anche sportiva se rispetta i 15 minuti di "riscaldamento" progressivo necessari, soprattutto nel primo anno post TC. Nell'ottobre del 1992 è stato effettuato uno studio sul ritorno al lavoro di un gruppo di 90 cardiotrapiantati operati presso la nostra divisione tra il 1985 e il 1991:

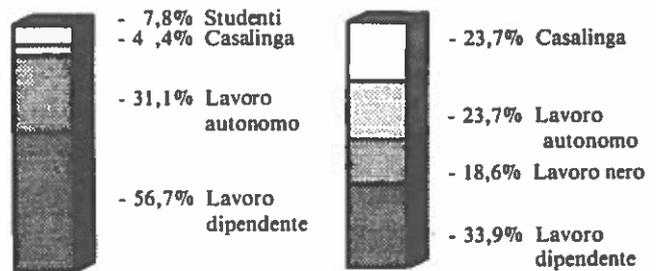
- i pazienti erano trapiantati da almeno 6 mesi;
- età media 43 anni (14-65).

Alcuni dati emersi da questo studio:

1) prima del TC tutti i pazienti lavoravano, post TC 59 pazienti (= 66%).

Quello che si evidenzia è la percentuale di lavoro nero presente nel post TC (= 18,6%). Ciò è presumibilmente dovuto al fatto che il timore di perdere la pensione è grande nei cardiotrapiantati: la pensione rappresenta una sicurezza economica per sé e la propria famiglia nell'eventualità di un peggioramento delle condizioni di salute.

Situazione lavorativa pre e post trapianto



90 occupati preTC

59 occupati postTC

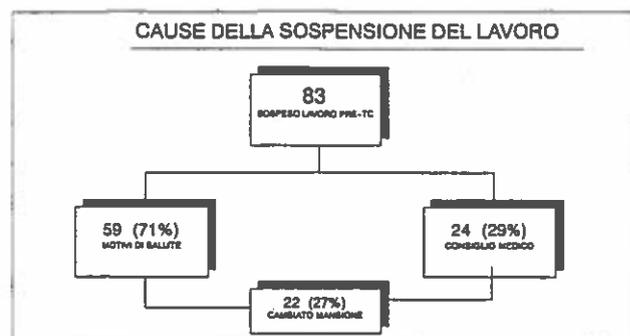
2) dei 31 pazienti che non lavorano: il 52% è in pensione, il 19% in cerca di lavoro, un altro 19% vuole lavorare ma non a tempo pieno, un 10% aveva provato a lavorare ma senza riuscire a svolgere la precedente mansione.

L'esigenza di una mansione part-time potrebbe derivare dalla necessità dei pazienti, oltre che di svolgere una mansione più leggera, anche dal bisogno di dedicare più tempo alla propria famiglia ed al pieno recupero psicologico;

3) anche la lunghezza del periodo di invalidità pre TC influisce sulla ripresa del lavoro: tanto più lungo è il periodo di sospensione del lavoro pre TC, tanto più facilmente il paziente riprenderà la sua attività e viceversa.

PERIODO INTERCORSO FRA MALATTIA COMPLETAMENTE INVALIDANTE E TC E RIPRESA DEL LAVORO			
		Lavoro post-TC	
		SI	NO
Abbandono lavoro pre-TC	> 12 mesi	15	21
	< 12 mesi	39	8
		$p < 0.01$	

4) quasi tutti i pazienti avevano abbandonato il lavoro pre TC, ma solo nel 29% dei casi su consiglio dei sanitari e solo il 27% aveva cambiato mansione prima del TC; se si considera che il 100% dei pazienti che avevano cambiato mansione pre TC ha ripreso il lavoro appare chiaro che tanto più precoce è l'intervento del medico nel migliorare le condizioni lavorative del paziente tanto più probabile sarà il suo ritorno al lavoro.



Conclusioni

Il ritorno al lavoro del trapiantato cardiaco avviene già in una buona percentuale e potrebbe essere migliorato molto rispettando alcune condizioni:

- riduzione del periodo di inabilità pre TC grazie ad un più precoce intervento sanitario interdisciplinare che favorisca il mantenimento del posto di lavoro (cambio di mansione, riduzione dell'orario, ecc.);
- introduzione di sussidi pensionistici che possano essere "congelati" qualora il cardio trapiantato ri-

prenda il lavoro e nuovamente disponibili in casi di nuovi aggravamenti della malattia;

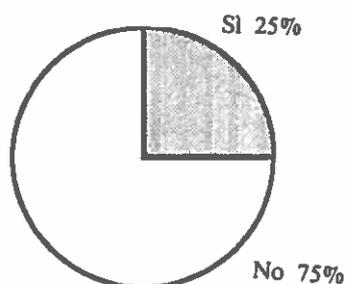
- reinserimento al lavoro solo dopo almeno 6-12 mesi dal TC a situazione clinica stabilizzata (i frequenti controlli ambulatoriali risultano impegnativi per il cardiotrapiantato) e previa sensibilizzazione del datore di lavoro.

In questo momento è in corso nella nostra divisione uno studio sulla *qualità di vita del bambino trapiantato di cuore*.

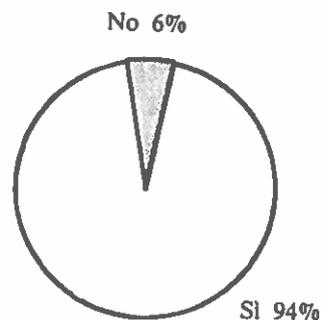
Qui alcuni dati preliminari (su un gruppo di 23 bambini in età scolastica):

Recupero scolastico nel paziente pediatrico sottoposto a TC

Attività scolastica



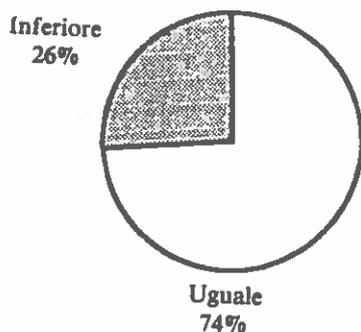
PRE TC
(6 mesi)



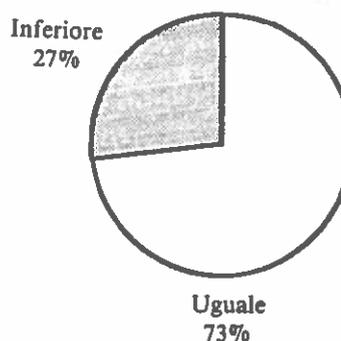
POST TC
(3-9 mesi)

Livello di scolarità e di attività fisica rispetto ai coetanei raggiunto dal paziente pediatrico sottoposto a TC

Scolarità



Attività fisica



- Il recupero del paziente sottoposto a trapianto cardiaco avviene nei seguenti aspetti:

- fisico;
- psicologico;
- sociale;

- un adeguato supporto riabilitativo permette un completo recupero del paziente
- Il ritorno al lavoro o a scuola, possibile in quasi

tutti i casi, talvolta dipende più da condizioni psicologiche o sociali che da impedimenti fisici.

Bibliografia

- F. D'ADDA, D. BORLERI, R. FIOCCHI, S. MASCHERONI, P. FERRAZZI, P. SEGHIZZI, *Trapianto cardiaco e ritorno al lavoro*, Istituto di Medicina del lavoro OO.RR. di Bergamo, Divisione di Cardiocirurgia OO.RR. di Bergamo, Centro Assistenza Psichiatrica USSL 29 di Bergamo. *Giornale di riabilitazione*, anno X, n. 2/94, pag. 101.

LA QUALITÀ ASSISTENZIALE AI FINI DI UN OTTIMALE REINSERIMENTO SOCIALE DELLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO

Autori: IPAFD C. Pegoraro ⁽¹⁾, Dott.ssa P. Bertarelli ⁽²⁾

(1) Istituto di Clinica Chir. 1^a Azienda Ospedaliera, Padova.

(2) Dipartimento di psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova.

Premessa

La complessità e l'unicità dell'assistenza infermieristica ad un paziente con trapianto d'organo richiede un approccio individualizzato in tutte le sue fasi. Dal 1991 nel nostro Istituto di Clinica Chirurgica I diretta dal Prof. D.F. D'Amico vengono effettuati trapianti di fegato.

Come équipe assistenziale, infermieri e medici desideravano conoscere il vissuto dei pazienti e la loro qualità di vita post trapianto d'organo.

A nostro avviso vi sono molti modi di definire la qualità assistenziale ai fini di un ottimale reinserimento sociale di un paziente con trapianto d'organo.

Noi riteniamo che senza un riscontro di dati precisi sul vissuto e la qualità di vita, ogni analisi possa basarsi solo su intuizioni soggettive.

Dal 1993 nel Centro Trapianti di fegato dell'Istituto di Clinica Chirurgica I viene effettuata una ricerca ai fini di una valutazione della qualità di vita dei pazienti già sottoposti a trapianto di fegato.

Motivazioni

Le motivazioni che hanno spinto gli infermieri ad intraprendere questa ricerca sono:

- a) la nuova tipologia di pazienti afferenti al nostro Istituto;
- b) le scarse conoscenze del vissuto dei pazienti sia nella fase pre che post trapianto;
- c) interesse a conoscere le modalità del reinserimento sociale della persona.

Obiettivo

Valutare la qualità della vita dei pazienti già sottoposti a trapianto di fegato.

Fasi:

- a) riunione con l'équipe assistenziale per decidere le modalità di ricerca;
- b) analisi della bibliografia esistente sulla valutazione della qualità della vita del paziente trapiantato di fegato;
- c) individuazione di un esperto e programmazione di

incontri per la formulazione di un questionario e modalità di somministrazione;

- d) riunioni periodiche con l'esperto e l'équipe medico-infermieristica per l'analisi degli stadi si avanzamento della ricerca e per la discussione dei risultati.

Gruppo di progetto

Infermieri professionali (n. 6), caposala e chirurghi del Centro Trapianti dell'Istituto Clinica Chirurgica I. Un esperto: Prof. Massimo Santinello del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università di Padova e la Dott.ssa Paola Bertarelli del medesimo Dipartimento.

Destinatari

Pazienti già sottoposti a trapianto di fegato da 3-6-12-24 mesi

Metodologia e strumenti

Questionario che valuta diverse aree:

- salute soggettiva;
 - impatto della malattia sulla famiglia;
 - accettazione della morte;
 - processo di adattamento alla malattia.
- *Salute soggettiva*: è stato utilizzato il Nottingham Health Profile (Hunt; 1986), che è finalizzato alla misurazione dello stato di salute soggettiva, così come viene percepita dall'individuo. Il questionario è composto da due parti: la prima è costituita da 38 item suddivisi in sei aree: dolore (frequenza e situazioni in cui viene avvertito), energia (grado di stanchezza), reazioni emotive (sentimenti di ansia e/o di depressione causati dall'operazione), isolamento sociale (quantità e qualità delle interazioni sociali), mobilità fisica (capacità di svolgere attività fisiche senza bisogno di aiuto) e sonno (quantità e qualità). La seconda parte comprende domande relative alla dimensione sociale della vita del paziente

(vita sociale, familiare, hobby e vacanze) e alla dimensione economica (vita lavorativa e *status* economico).

- **Impatto sulla famiglia:** il questionario proposto ha lo scopo di quantificare l'impatto della malattia cronica sulla famiglia. Indaga 3 aree: preoccupazioni economiche legate alla malattia, qualità e quantità delle interazioni familiari, capacità di affrontare lo stress. Per impatto intendiamo l'effetto della malattia sul sistema familiare. L'assunto implicito è che, a causa della malattia sopravvengono dei cambiamenti nella famiglia che ne forzano l'adattamento. (Casari e Fantino; 1991).
- **Accettazione della morte:** la scala è costituita da 16 item che indagano la accettazione della morte, intesa come deliberata, intellettuale presa di coscienza della prospettiva della propria morte, e l'assimilazione delle reazioni emotive conseguenti ad essa, dividendola in due componenti principali:
 - Confronto con la morte: deliberata consapevolezza della propria morte. L'interesse è focalizzato sul prospetto della propria morte e non sul processo di morte, (sulla morte e non sul morire);
 - integrazione della morte: reazioni affettive, positive o negative, derivanti dal confronto con la morte. (Klung et al. 1987);
- **processo di adattamento:** il questionario si basa sulle ricerche di S.E. Taylor riguardanti il riadattamento delle persone dopo aver subito eventi traumatici o stressanti. I temi centrali di questo processo di riadattamento sono il tentativo di restaurare l'autostima, lo sforzo per riprendere il controllo della situazione e la ricerca di un significato nell'esperienza appena vissuta. (Taylor; 1991).

Somministrazione del questionario autocompilato dalla persona trapiantata di fegato, durante le visite di controllo.

Invio del questionario, con le sue modalità di compilazione, per via postale alle persone che non effettuano i controlli a Padova.

Organizzazione

Dopo l'elaborazione del questionario da parte dell'esperto, 23 questionari sono stati compilati dalle persone dopo le visite di controllo presso il Centro Trapianti. Prima della compilazione l'infermiera del Centro ne spiega le modalità. Per i restanti pazienti è stato deciso l'invio dei questionari per posta, con inserita una lettera sulle modalità di compilazione del medesimo e del relativo invio al Centro. Il questionario non è anonimo, oltre alle generalità viene chiesto di specificare la data di effettuazione del trapianto. Sono stati inviati 24 questionari e ne sono rientrati 19. L'elaborazione dei risultati è stata effettuata dagli esperti consultati per la ricerca.

Data inizio progetto: ottobre 1993.

Caratteristiche del campione e analisi dei risultati

La presente ricerca è stata condotta su 42 soggetti provenienti dal Centro Trapianti di fegato dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Il 74% del campione (n. 31) è composto da uomini, il 26% da donne (n. 11); l'età è compresa tra 25 e 60 anni, con una media di 43,3 anni. I soggetti sono stati intervistati ad un minimo di 1 mese dal trapianto e ad un massimo di 3 anni, con una distanza media di 12,4 mesi. Per quanto riguarda la condizione lavorativa il 54% dei soggetti è pensionato, il 14% è occupato, il 16% è disoccupato o in cerca di prima occupazione e il 14% è casalinga.

Nella tabella 1 vengono presentati tra i punteggi medi ottenuti nelle diverse dimensioni del Nottingham Health Profile dai soggetti del presente studio, confrontati con il campione normativo composta da individui "sani" di varie città del Veneto (Bertin et al. 1992). Ricordiamo che lo strumento misura il grado di disagio, per cui a un punteggio elevato corrisponde un alto livello di problemi.

Dimensioni	Presente ricerca	Campione normativo
Energia	41	22
Sonno	15,3	16,5
Dolore	15,6	11,9
Mobilità fisica	23,9	12
Isolamento sociale	10	10,5
Reazioni emotive	20,2	22,3

Tab. 1 Confronto tra i punteggi medi del Nottingham Health Profile

I punteggi riportati dai due gruppi non differiscono statisticamente, tuttavia è possibile notare che il gruppo dei soggetti trapiantati di fegato ha ottenuto dei punteggi molto simili a quelli del campione normativo nelle dimensioni *sonno*, *isolamento sociale* e *reazioni emotive*; in questa area il punteggio del nostro campione appare migliore di quello dei soggetti del campione normativo.

Per evidenziare variazioni nella percezione soggettiva del proprio stato di salute, dovute alla diversa distanza di tempo dal trapianto abbiamo confrontato i punteggi ottenuti dai soggetti operati da meno di un anno con quelli dei soggetti trapiantati da più di un anno; i risultati vengono riportati in tabella 2.

Dimensioni	Gruppo 1 (- 1 anno)	Gruppo 2 (+ 1 anno)
Energia	39,5	43,5
Sonno	12,5	19,9
Dolore	16,2	14,7
Mobilità fisica	23	25,6
Isolamento sociale	8,1	13,3
Reazioni emotive	23,2	15,4

Tab. 2 Punteggi medi della parte I Nottingham Health Profile in base al tempo intercorso dal trapianto.

Dalla tabella si evidenzia come in genere i soggetti operati da più tempo presentano livelli più alti di disagio in tutte le dimensioni tranne dolore e reazioni emotive. Questo risultato è in contrapposizione con quanto emerge dai risultati della seconda parte del Nottingham Health Profile, nella quale viene chiesto se la salute provoca dei problemi in alcune aree della vita dell'individuo; i dati relativi a questa parte sono riportati in tabella 3.

Aree	Gruppo 1 (- 1 anno)	Gruppo 2 (+ 1 anno)
Lavoro	48%	7%
Cura della casa	37%	20%
Vita sociale	48%	20%
Vita familiare	11%	20%
Vita sessuale	30%	20%
Interessi e hobby	33%	13%
Vacanze	33%	7%

Tab. 3 Percentuali di persone che presentano problemi alla parte II del Nottingham Health Profile in base al tempo intercorso dal trapianto

In generale la maggior parte dei soggetti operati da più tempo afferma che la salute non provoca loro dei problemi, unica eccezione è costituita dalla vita familiare dove le persone operate da meno di un anno dichiarano di avere meno problemi rispetto agli operati da più tempo.

Questo dato assume una rilevanza particolare se consideriamo che alla domanda: "i miei parenti sono stati comprensivi e disponibili come me", contenuta nella scala misurante l'impatto della malattia cronica sulla famiglia, il 70 % degli operati da meno di un anno dichiara di essere d'accordo, mentre nel gruppo dei trapiantati da più di un anno il 70 % si dichiara contrario a questa affermazione (tale differenza appare statisticamente significativa).

I soggetti appartenenti ai due gruppi (- 1 anno o + 1 anno) ritengono che la loro famiglia sia più unita dopo il trapianto, hanno rivalutato l'importanza dei rapporti interpersonali, hanno compiuto un riesame della propria vita e si tengono molto informati sui progressi nel campo dei trapianti.

Interessanti risultati emergono dalla analisi delle correlazioni tra le dimensioni del Nottingham Health Profile e ogni item delle scale comprese nel questionario, tali correlazioni non sono risultate significative per nessun item della scala riguardante il coping.

Per quanto riguarda il gruppo di soggetti operati da meno di un anno abbiamo riscontrato tre correlazioni significative: la prima tra la dimensione energia e l'item "devo guadagnare più denaro per coprire le spese sanitarie" ($r = -.55$; $p < .01$); probabilmente coloro che hanno un basso livello di energia mostrano maggiori preoccupazioni circa la loro condizione economica futura.

Le altre correlazioni significative si hanno tra la dimensione sonno e gli item, della scala che valuta l'atteggiamento verso la morte, "aver affrontato il fatto di dover morire mi fa godere di più la vita" ($r = .62$; $p < .01$) e "il ricordo dei morti mi fa essere più grato verso la vita" ($r = .63$; $p < .01$). Coloro che hanno problemi di sonno sono maggiormente portati a riflettere su tematiche riguardanti la morte e ne sanno trarre uno stimolo positivo verso la vita.

Le correlazioni significative più rilevanti sono risultate nel gruppo degli operati da più di un anno. L'item "nessuno capisce il peso che porto" correla significativamente con le dimensioni energia ($r = .6$; $p < .05$), mobilità fisica ($r = .6$; $p < .05$). Le persone che hanno problemi in queste dimensioni non si sentono comprese dagli altri, ciò collega al fatto che le persone che riportano problemi legati alla dimensione energia non percepiscono i parenti come comprensivi e disponibili ($r = .64$; $p < .05$). Questo potrebbe derivare dal fatto che i pazienti si percepiscono come ancora sofferenti, mentre le altre persone tendono a considerarli come completamente in salute.

Le altre correlazioni significative riguardano la scala sugli atteggiamenti verso la morte: l'item "faccio uno sforzo consapevole per non pensare alla morte" correla con le dimensioni mobilità fisica ($r = .66$; $p < .01$) e dolore ($r = .59$; $p < .05$), "tendo a negare il fatto della mia inevitabile morte" con reazioni emotive ($r = .59$; $p < .05$). Da questo viene evidenziato che chi ha problemi di tipo fisico o per i quali il trapianto ha avuto un grande impatto emotivo tende a pensare maggiormente alla morte, ciò viene confermato dalla correlazione tra "confronto con la morte" e le aree sonno e dolore; chi ha problemi in queste dimensioni è portato a confrontarsi più spesso con la morte, probabilmente perché si sente ancora molto vicino a questa esperienza.

Da un'analisi complessiva dei risultati emergono delle osservazioni interessanti; in primo luogo colpisce il difficile rapporto che i trapiantati da più di un anno hanno con le loro famiglie. Più della metà di questi soggetti non considera i propri parenti come comprensivi e disponibili, questa affermazione è sostenuta principalmente da chi ha un basso livello di energia. Inoltre le persone che presentano problemi riguardanti mobilità fisica, energia e dolore sostengono che nessuno capisce il peso che stanno portando. Possiamo ipotizzare che questo derivi dal fatto che passato un anno dal trapianto i soggetti si percepiscono come ancora sofferenti, mentre i loro parenti siano portati a pensare che il "pericolo sia passato", che il soggetto si sia completamente ristabilito e tendano a non sostenerlo come durante i primi tempi dopo l'operazione. A questo va aggiunto che spesso è una sola persona, di solito il coniuge, che si prende carico di tutti i problemi del paziente, dell'assistenza pratica e del sostegno emotivo; dato il grande stress provocato da tutte queste attività spesso si assiste ad un fenomeno per il quale appena il trapiantato sta un po' meglio il coniuge "crolla". Viene così a crearsi una sorta di squilibrio all'interno della coppia: quando il trapiantato

tato avverte un benessere e una gioia di vivere molto elevati, il suo partner, che fino a quel momento ha compiuto degli sforzi enormi (psichici e fisici), per tenere sotto controllo la situazione, sente di potersi "lasciare andare" e viene vinto da una grande stanchezza.

Valutazione finale

I risultati della presente ricerca vanno considerati con prudenza per due motivi: il primo deriva dalla scarsa numerosità del campione, che non permette di generalizzare i risultati, ma che comunque consente di formulare delle ipotesi di studio che potrebbero servire da spunto per ricerche future. Il secondo motivo deriva dalla presenza di deviazioni standard molto elevate, questo indica che le risposte date dai soggetti sono molto diverse tra loro, basare degli interventi esclusivamente sull'analisi dei punteggi medi, indicatori di una tendenza centrale, non diventa quindi molto appropriato e nasce l'esigenza di condurre degli studi che siano il più possibile centrati sul singolo (per esempio colloqui col paziente o con la famiglia). I risultati di questa prima ricerca, discussi assieme all'équipe assistenziale del Centro, ci hanno fatto riflettere su due aspetti riguardanti l'assistenza al paziente sia nella fase pre che post trapianto.

a) quale correlazione tra risultati della ricerca ed i protocolli terapeutici in uso?;

b) come migliorare il supporto informativo di sostegno psicologico ai familiari del paziente durante l'iter, dalla valutazione al trapianto d'organo?;

Da questi due punti interrogativi, il lavoro di ricerca sulla qualità di vita si è esteso anche alle persone in attesa di trapianto d'organo.

- 1) un lavoro di ricerca riservato all'area medica;
- 2) gruppo di lavoro costituito da: 3 infermieri professionali del centro, la caposala, esperti che hanno seguito la ricerca, familiari di pazienti sottoposti a trapianto, per l'introduzione di nuove modalità di supporto e sostegno ai familiari.

Bibliografia

- BERTIN G., NIERO M., PORCHIA S., *L'adattamento del Nottingham Health Profile al contesto italiano*, in BUCQUET D. (ed), *European guide to Nottingham Health Profile*. Padova: Emme&Erre, 1992.
- CASARI E.F., FANTINO A.G., *Valutazione dell'impatto della malattia cronica sulla famiglia*. Bollettino Di Psicologia Applicata 1991; 198, 19-27.
- HUNT S., MCKENNA S., *The Nottingham Health Profile: english source version*. In BUCQUET D. (ed), *European guide to Nottingham Health Profile*. Padova: Emme&Erre, 1992.
- KLUG L., SINHA A., *Death acceptance: a two-component formulation and scale*. Omega 1987; 18, 229-235.
- TAYLOR S.E., *Illusioni*, Firenze: Giunti, 1990.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA SOTTOPOSTA A TRAPIANTO D'ORGANO

Claudia Silvestri (moderatore): Il tempo adesso è vostro. I relatori sono a vostra disposizione e aspettiamo le vostre domande.

D.: - Non è molto in tema con ciò che è stato detto questa mattina. La sensazione è che purtroppo una specifica formazione riguardo all'assistenza infermieristica alla persona sottoposta a trapianto venga data o ricevuta soltanto quando si lavora in certi settori, ambiti o servizi. Quello che io auspico a questa assemblea e anche ai Delegati che sono presenti oggi, è che ci sia la possibilità di organizzare un'altra giornata in cui venga data l'opportunità a noi operatori dell'area critica di avere conoscenze maggiori specifiche sull'assistenza, diversificate ai vari tipi di trapianto. Noi che lavoriamo in area critica e nel mio specifico in rianimazione, a volte accogliamo pazienti che presentano complicanze subentrate ad un trapianto. Frequentemente, nel nostro specifico, si tratta di trapianto di midollo e purtroppo non sappiamo esattamente cosa sia successo, i problemi che si sono verificati precedentemente. Esiste una interruzione, ... questo è il mio reparto, questi sono argomenti che tratto io ... e molto spesso esiste anche una differenziazione di assistenza tra noi infermieri, mentre invece dovremmo acquisire una maggior completezza.

Claudia Silvestri

Colgo la tua richiesta, ce ne faremo portatori sia in sede Aniarti, sia in sede dei Delegati Regionali. Vi ricordo che dovete essere anche voi a dare un contributo. All'inizio Baraiolo ha detto che l'Aniarti ha bisogno di una collaborazione continua e quindi il contributo deve venire anche da chi è associato per costruire, per far ricerca, relazionare, studiare, pubblicare su Scenario. Questi strumenti permettono di passare le conoscenze; Scenario è uno strumento che noi abbiamo sul quale possono essere pubblicate delle relazioni, degli studi, delle esperienze che possono rispondere a questa richiesta che è stata fatta. Come pure i congressi rispondono a questo scopo. Abbiamo parlato dei pazienti e dei parenti ... abbiamo parlato poco di come si sente l'infermiere che assiste la persona trapiantata. Io rivolgo questa domanda a ognuno dei relatori "Cosa si prova a stare vicino ad un trapiantato o a chi è in attesa di trapianto, come infermieri che emozioni si vivono?" Io me lo sono chiesto tante volte perché credo sia un peso non indifferente da portare.

R.: REGHINE RUHRMANN - Riguardo a questo si po-

trebbero dire tante cose. Per esempio penso ai pazienti che abbiamo ricoverato in reparto e che aspettano il trapianto e che stanno malissimo. Quando vedo soffrire questi pazienti che sanno che la morte è molto vicina, come può essere che non muoiono se arriva il trapianto, si vive insieme a loro e ai loro parenti questa insicurezza. Quando vedo questi pazienti rifletto anche sulla mia paura della morte, solitamente quando stiamo bene non pensiamo alla morte e alla malattia; ora ti chiedi cosa succederebbe a te se avessi un parente in questa situazione. Dopo il trapianto c'è ancora molto presente la paura, l'insicurezza, per molte cose che il paziente non sa, che effetti possono dare i farmaci, se è normale che abbia certe sensazioni. Molta insicurezza è anche la paura per la buona riuscita del trapianto. I primi rigetti, anche se sono lievi (e magari non comportano nemmeno sintomi avvertiti dalla paziente) fanno riaffiorare di nuovo la paura che tutto sia andato male, e si va ancora verso la paura della morte. Per molti è una catastrofe quando fanno di avere il primo rigetto, pensano che forse tutto è finito, anche se si continua a ripetere che non è così. Il rapporto con questi pazienti è molto personale, quasi intimo, perché queste persone, anche se non ti conoscono molto, sono in una situazione tale che hanno proprio bisogno di potersi confidare, si aprono molto a noi infermieri, e questo da una parte può essere bello perché è un rapporto interpersonale più stretto e soddisfacente ma può diventare un peso per le cose e le paure che vengono riversate su di noi, è difficile rimanere distaccati e non farsi coinvolgere troppo.

R.: ELENA MARCELLINI - Io vorrei aggiungere i sentimenti di rabbia che ogni tanto gli infermieri provano nei confronti dei pazienti che spontaneamente sospendono le terapie. A noi capita di avere notizia di pazienti che rientrano in dialisi, per lo meno hanno la fortuna di poter rientrare in dialisi. Questi consciamente sospendono le terapie e fanno sì che la chance del trapianto non arrivi ad un risultato positivo. E questo spesso volte ci irrita, ci fa arrabbiare. Ecco perché ci chiediamo se abbiamo fatto di tutto, se le informazioni che abbiamo fornito erano sufficienti oppure se ci siamo dimenticati qualche cosa. Se avessimo spiegato qualcosa in più magari il paziente avrebbe avuto più pazienza, avrebbe convissuto con qualche pelo in più o con la faccia gonfia, pur di tenersi il "suo" organo, continuare una vita normale e superare questo periodo sicuramente di crisi. È facile per noi dire al paziente ... ma sì! non si preoccupi per

qualche pelo ... cosa vuole che sia ...: di fronte abbiamo una ragazza di diciassette anni che si trova sfornata e non può più avere relazioni sociali. Ci sono questi sentimenti strani; sappiamo che alcuni potrebbero anche avere ragione a sospendere la terapia e da un certo punto di vista siamo emotivamente vicini a loro perché sappiamo che ci sono questi problemi. Nello stesso tempo sappiamo anche la fatica che abbiamo fatto e soprattutto che hanno fatto loro per arrivare al trapianto, e vederlo perdere così a volte è una sconfitta.

Inoltre vorrei riallacciarmi all'intervento fatto dal collega che parlava delle rianimazioni e delle terapie intensive. Penso che il collega abbia ragione a richiedere una preparazione più approfondita per gli operatori che si occupano di trapianti e non solo per questi ma anche per gli infermieri che seguono l'osservazione, perché penso che anche per loro sia difficile seguire questa persona, sapendo che un donatore è già un cadavere. La fase di osservazione è forse una delle fasi più importanti, perché se l'organo si mantiene in condizioni ottimali, la sopravvivenza del ricevente e la sua qualità di vita saranno migliori. Penso che per un infermiere che lavora in rianimazione, sapere i suoi sforzi a cosa porteranno, dà la possibilità di essere più motivato in questa fase che tecnicamente è molto intensa e molto delicata.

R.: ANTONELLA MAFFIOLETTI - A me sembra importante sottolineare che il gruppo infermieristico e medico deve essere veramente un gruppo solido. Bisogna lavorare insieme, perché quando ci sono i periodi in cui i trapianti vanno male, è una sconfitta vera. Di fatto se si lavora in un Centro di Trapianto del midollo devi credere in quello che viene fatto. Convincere queste persone a giocare questa grossa carta, che però è unica, ti fa sentire dei sensi di colpa grossissimi nel momento in cui il malato muore, oppure vivrà rovinato per il resto dei suoi giorni con la GVHD, con la cute rovinata, con la diarrea cronica, con il vomito, ecc., completamente modificato da come l'avevi conosciuto. Vengono messe in gioco delle questioni grosse con se stessi. Se non si ha il confronto con gli operatori che con te lavorano, vuol dire anche con i medici, non si può lavorare bene. Io lavoro al Centro Trapianti dall' '82, i gruppi di infermieri che si sono susseguiti, sono rimasti per anni, perché secondo me chi viene a lavorare con questi malati, "se li porta a casa" e continua per un lungo periodo a lavorare con loro, non una esperienza di sei-otto mesi, ma in genere di almeno quattro anni. Questo credo sia importantissimo, perché lavori con la gente che conosci e che frequenti, si crea proprio anche l'amicizia, non solo tra gli infermieri, tra i medici, ma anche con i malati. Sono malati che vedi per tanti anni. Io quando rivedo i primi trapiantati del 1982 posso provare solo gioia, come rivedere un amico caro. Poi ci sono i grossi problemi quando, come in questo periodo purtroppo, i malati vanno male, per cui si hanno le recidive e/o vieni a sapere che muoiono perché vengono ricoverati in altri ospedali, in altri reparti,

e anche quella è una sconfitta. Il tuo malato vorresti accompagnarlo comunque fino alla fine, anche se il suo destino è quello di morire, è come se perdessi una parte del suo percorso, perché lo conosci da tanto tempo. Hai vissuto assieme tutte le sue ansie, le sue angosce, perdere questo momento mi fa mancare qualcosa, ti dispiace. Capita che quando muore un malato, non hai voglia di fare nient'altro, sembra quasi che dimentichi tutti gli altri che stanno bene, allora ti trovi seduto, piangi insieme agli altri, c'è la rabbia. Il medico che sbatte e se ne va, e quando incontri la psichiatra cerchi di parlarci per farti consolare, perché ti sembra forse di non aver fatto tutto, ovvero chissà se abbiamo fatto bene a fargli fare il trapianto. Credo sia importante confrontarsi, non tenere tutto dentro di te.

R.: CHIARA PEGORARO - Mi trovo molto d'accordo su questo ultimo punto con la collega, sul fatto di confrontarsi. Anche il vissuto che abbiamo noi, all'interno del nostro Centro, è un vissuto molto intenso dal punto di vista della relazione e della comunicazione con queste persone. Vorrei spendere due parole per chi vive l'esperienza della persona in valutazione, che è candidata al trapianto di fegato. È un vissuto molto particolare, anche se non intenso dal punto di vista di prestazioni tecniche, ma di continuo confronto tra l'infermiere, le aspettative che ha questa persona che deve essere sottoposta a trapianto, le informazioni che chiede, il fatto di volersi sentire sempre informata, rassicurata. Il rapporto con il familiare che essendo presente tutti i giorni (mattino, pomeriggio, sera e notti), di fatto si familiarizza. Quindi è condividere anche il suo vissuto, che spesso è un vissuto pesante: ci sono familiari che devono lasciare il lavoro per mesi pur di stare vicino a questa persona, rapporti di coppia che si cerca di supportare, perché abbiamo anche persone molto giovani, il futuro che ci sarà ... non ci sarà ... Il vissuto di sapere che una persona deve morire perché io viva. Questi continui scambi di domande, di informazioni, di comunicazione anche non verbale, sono presenti in questa fase. Anche l'aspetto fisico di questi pazienti che si sottopongono a valutazione è importante. Il paziente candidato al trapianto di fegato, spesso è un paziente molto invecchiato e che diminuisce la stima di sé. Tutto questo è un vissuto del quale la quota maggiore è di esclusiva dell'infermiere, perché sappiamo, senza retorica, che è maggiore il tempo che si condive con il paziente.

Aggiungo il vissuto all'interno della semintensiva, dopo il trapianto, dove le notti diventano notti di scambi intensi di comunicazioni, di paure e di prospettive per il futuro, di ansie derivate dal fatto che ... adesso ho un organo nuovo, adesso posso vivere ..., e quindi le domande si invertono sulla qualità, sulle loro ansie, le tensioni, le preoccupazioni. Credo che all'interno di tutto questo ci sia una ricchezza che a volte, per più di qualcuno, è difficile da portare. Ci si chiede fino a che punto si è in grado di portare questo peso, nonostante la bellezza e l'entusiasmo che co-

munque ci ritornano da questi pazienti. Ci chiedevamo innanzitutto l'importanza di confrontarsi come gruppo, di avere questi momenti per parlare e per far esprimere ciascuno di noi, di confrontarci su questa storia che viviamo ogni giorno, e questo aiuta a mediare. Pensavamo ultimamente, visto la ricerca che era in atto, di avere dei momenti di "brain-storming" di gruppo riguardo ad alcuni problemi che non riuscivamo ad affrontare, nella comunicazione o nella relazione, con degli esperti per poterne parlare ed avere anche questo supporto. Quindi questo discorso che forse noi abbiamo bisogno di qualcuno che ci aiuti e ci rafforzi a portare questo peso, non peso in senso negativo, ma che è questa complessità, se vogliamo utilizzare un linguaggio coniato dall'Aniarti, questa unicità e bellezza. Da un punto di vista della nostra esperienza aiuta molto rivedere il paziente dopo il trapianto, rivedere i familiari e vivere insieme questa bellezza; questo ci premia di tante cose e soprattutto aiuta. Si crea questo rapporto di familiarità, non più come è scritto nei libri, e purtroppo questo rapporto, fa sì che difficilmente si accettino i momenti di caduta. Perciò cerchiamo di avere più possibilità di ritrovarci assieme a tutte queste persone e ai loro familiari, anche in contesti di festa. Organizziamo una giornata o due all'anno, non tanto come momenti di resoconti e di controlli, ma per stare insieme, ci si vede in un'altra veste e senza il camice. Sarà poco, ma poi questo praticamente è un supporto per loro e anche per noi. Vorrei anche sottolineare il forte aiuto di solidarietà tra familiari. Ho potuto vedere, in una situazione di perdita di uno dei primi pazienti che ha subito il trapianto di fegato, oltre che essere stati vicini noi, quanto sia stata importante la catena di solidarietà e di presenza degli altri familiari e delle altre persone con cui questo paziente aveva cercato di creare un gruppo, non solo per parlare dei problemi, ma per stare insieme e solidarizzare. Anche questo ci ha spinto a voler continuare e ad incanalarci su questa linea di solidarietà.

Mi trovo d'accordo con il collega, io credo che bisogna partire dal fatto che il trapianto non è più una novità, ma è una realtà e come tale rientri nei programmi di formazione e quindi anche l'Aniarti può agire con le sue correlazioni con le scuole e con l'ambito formativo. Perché anche noi, come i cittadini, meglio siamo formati e informati, più questo peso diminuisce e riusciamo a dare risposte sempre più competenti senza dover, come è tuttora, imparare solo dall'esperienza sul campo.

Claudia Silvestri

Abbiamo visto che l'équipe assistenziale dove si lavora diventa un contenitore ampio per scaricare le nostre ansie, la nostra rabbia e le nostre paure.

D.: - Io volevo chiedere se esiste un coinvolgimento emotivo diverso tra la persona che riceve il trapianto da un donatore vivente come il caso del midollo osseo e tra quello che lo riceve da una persona morta,

e se poi, in seguito, passato il periodo critico e tornato alla vita, il paziente ha il desiderio di conoscere o il donatore stesso o soprattutto i familiari di colui che lo ha portato alla gioia e alla vita di nuovo.

R.: ELENA MARCELLINI - Io posso parlare del donatore vivente, come è il caso del trapianto di midollo osseo. Infatti esiste la possibilità tra familiari di donare il rene. Il trapianto da vivente, nel nostro caso, è tra familiari e per cui sono ancora più amplificate le diverse sensazioni. È carico di emozioni sia per il ricevente, sia per il donatore, affinché tutto vada bene. Entrambi sono legati dalla necessità che assolutamente il trapianto funzioni. Tanto più che l'organo è quello di una persona viva che lo dona ad un'altra persona, ad un parente in questo caso. Quindi c'è anche da parte dell'infermiera un coinvolgimento ancora più forte perché sa che questo organo deve assolutamente funzionare, il fatto che ciò non avvenga, dà all'infermiere preoccupazione, il doppio del caso da cadavere, per cui è ancora più carica di responsabilità questa relazione. Nella nostra esperienza, quando abbiamo fatto i primi trapianti da vivente, abbiamo visto che avevamo quasi più attenzioni nel donatore che nel ricevente, perché eravamo carichi di questa ansia di fare andare tutto bene. Volevamo che questa persona, che compiva questo gesto e che si privava di un organo, assolutamente andasse via dalla terapia intensiva senza nessun tipo di problema, e ci sentivamo ancora più coinvolti e ancor più responsabili; credo che per i pazienti sia la stessa cosa.

R.: REGHINE RUHRMANN - Io rispondo per quanto riguarda il trapianto di cuore, che avviene sempre da donatore morto. Secondo me la maggior parte dei riceventi ha il desiderio di conoscere il proprio donatore. Qualche giorno dopo il trapianto, quando tutto sta andando abbastanza bene, si comincia, spesso pian piano, si dice ... ma quanti anni aveva ... di che malattia è morto ... di che paese era ... che sesso aveva ... È stata fatta una ricerca, credo due o tre anni fa, proprio su questo problema. Sono stati inviati dei questionari ai nostri trapiantati per indagare quanti avevano avuto un contatto con i parenti del donatore, mi sembra sia risultata una percentuale molto alta. C'è da dire una cosa, spesso qui, il giornale locale, quando viene fatto un trapianto di cuore riporta due giorni dopo ... la signora X, ha ricevuto il cuore di un ragazzo morto a ... due giorni fa ...

Quindi, volendo, per molti riceventi è abbastanza facile rintracciare i parenti del donatore. Avviene anche che i parenti del donatore vengano di loro iniziativa in reparto perché hanno letto queste notizie sul giornale o scrivono una lettera fornendo il loro indirizzo e chiedono ai medici di domandare a questo paziente se ha voglia di avere contatto con loro e in caso di risposta positiva, di dargli l'indirizzo. Mi sembra di aver capito che i pazienti che hanno un contatto con i parenti del donatore, abbiano instaurato un rapporto molto positivo. Non ho mai sentito da nessuno che sia stata un'esperienza negativa.

Se posso contribuire ... Io ho esperienza di donatori. Avevamo condotto una ricerca con i parenti dei donatori, con un questionario dove si chiedeva se volevano sapere e conoscere il ricevente. Le percentuali erano alte, tutti volevano conoscere il ricevente. Questo dato è stato portato al Nord Italian Transplant (NITp) ed è stato esaminato. Ne è uscito che deve essere mantenuto l'anonimato di chi ha donato, salvo poi avere i mass-media che combinano perennemente guai. Perché questo? La collega ha portato delle esperienze positive, ma ci sono state anche esperienze negative. Va in crisi sia chi ha ricevuto sia chi ha donato perché si instaurano dei meccanismi di tipo psicologico stranissimi per cui ci si sente dipendenti dell'altra famiglia, l'altra famiglia sente come sua quella persona, rivede il figlio, la moglie o il marito. Questo comporta veramente dei problemi molto gravi. Una cosa invece che ci ha suggerito il NITp, e che noi facciamo, è comunque quella di dare informazioni se l'organo funziona o no; chi ha donato ha il diritto di sapere se quell'organo è andato bene.

R.: REGHINE RUHRMANN - Volevo dire che la collega ha assolutamente ragione. Da quanto ho sentito dai nostri trapiantati non c'è stata un'esperienza negativa, ma so, e anch'io sono di questo parere, che è una cosa molto delicata e complessa. Anche da articoli che ho letto di altri Centro Trapianti so che ci sono state spesso delle situazioni molto pesanti per tutte e due le parti. Non volevo enfatizzare. Quello che riferivo, il fatto che sul giornale locale venga scritto questo, mi sembra proprio fuori luogo. È proprio una violazione della privacy di queste persone, assolutamente una cosa che non va bene, si viene quasi costretti a cercare questo contatto.

R.: ANTONELLA MAFFIOLETTI - Per quanto riguarda la donazione del midollo osseo, chiaramente la persona è vivente e sana, si può trattare del fratello o della sorella e quindi di un familiare. Ci sono state situazioni di fratelli che non si vedevano e non si parlavano da anni, ed essendoci un'unica compatibilità, si sono avute delle ripacificazioni con conseguente grande senso di gratitudine nei confronti del fratello che ha salvato la vita. Per quanto riguarda invece la donazione di midollo da registro, chiaramente non si sa mai chi sia il donatore, per lo meno il malato non lo sa e non c'è la possibilità di saperlo perché non viene segnalato da nessuna parte. Viene però detto al malato da dove viene il midollo. La richiesta viene più che altro da parte del donatore. A parte che si fa questo sempre in maniera gratuita, non c'è nessuna menomazione dopo l'espianto di midollo, rimangono delle cicatrici che spariscono; ed in genere, dopo pochi giorni, è possibile tornare a lavorare tranquillamente. Tornato dalla camera operatoria, si svegliano e si alzano subito senza provare particolare dolore. È il donatore che vuol sapere a chi va il suo midollo, se è un ragazzo o una ragazza, l'età, che tipo di malat-

tia presenta, viene anche a chiedere come e se il trapianto ha avuto successo, come sta il paziente, ecc. ... Ricevono delle grosse sconfitte quando, in alcuni casi il trapianto va male. È una realtà diversa rispetto alla donazione d'organo, è vissuta in maniera diversa, soprattutto perché non aspetti qualcosa da una persona che muore per darla a te.

R.: CHIARA PEGORARO - Da noi la linea adottata è quella di non dire chi è stato il donatore, proprio per tutti i problemi già evidenziati qui. Spesso però i familiari o il paziente stesso, vorrebbero subito conoscere chi sia stato e gli altri dati del donatore, soprattutto vorrebbe incontrare la famiglia. C'è chi riesce anche da solo a fare questa ricerca, e quindi alla fine si è un po' costretti, con l'aiuto anche dello psicologo e del gruppo assistenziale, ed a volte può essere un beneficio. È stato per noi invece un dato negativo l'esempio di una signora che ha conosciuto i familiari e ha saputo che il suo fegato proveniva da una persona molto, molto giovane. Tra l'altro aveva vissuto un post-operatorio molto tranquillo, una signora che si era ripresa molto bene, ma che da quando ha saputo che il suo organo era di una persona giovanissima lei ha iniziato ad avere un comportamento particolare. Lei non fa più nemmeno le cose più semplici e comuni a casa, perché ha un organo di una persona molto giovane, e perciò deve stare molto attenta. Ora sta conducendo un cammino con la psicoterapia e con i suoi familiari, perché ha avuto proprio questo atteggiamento. Quindi io credo che la linea da adottare dell'anonimato sia comune e che poi si valuti quanto si è in grado di gestire la situazione, perché per qualcuno può essere importantissimo e vitale sapere e altri invece non possono reggere questo.

R.: REGHINE RUHRMANN - Vorrei aggiungere. Pensandoci mi sono venute in mente due situazioni particolari dove i pazienti non hanno conosciuto i parenti del donatore. C'erano due uomini che assolutamente volevano sapere se era stato uomo, donna, l'età, ecc..., alla fine sono stati informati dai nostri medici. I due uomini sono andati per qualche giorno in crisi perché hanno saputo di avere ricevuto il cuore di una donna e dicevano ... allora io adesso sarò debole, non avrò più forza fisica, piangerò sempre, ... questa era l'immagine di come vedevano la donna e credevano di diventare anche loro così. Un'altra volta c'è stato un paziente che ha appreso da questo famoso giornale locale che il suo donatore è stato un uomo di colore e anche lui i primi due o tre giorni era abbastanza scosso perché questa era una cosa al di fuori del proprio modo di pensare. Sembra che alla fine abbia accettato questo fatto; anche questo però forse indica che è meglio non esplicitare questi dati sui donatori, e soprattutto non diffonderli attraverso il giornale.

D.: *Infermiera dell'Ospedale Maggiore di Crema* - Mi chiedevo, è una curiosità, se il donatore di midollo viene trasferito nell'ospedale dove si trova il trapianto

tato, oppure l'espianto viene fatto nel suo ospedale.

R.: ANTONELLA MAFFIOLETTI - Viene fatto l'espianto nel Centro da lui scelto per fare la tipizzazione, poi vengono i medici del Centro dove è richiesto il midollo a prenderselo.

D.: ROSELLA BARAILOLO Ospedale di Sondrio - Mi pare che questa giornata sia stata un successo ed abbia raggiunto gli obiettivi che ci eravamo posti quando è stata impostata. In questo momento si stanno affrontando degli aspetti che si avvicinano molto ai temi dell'etica professionale. Non è stata utilizzata questa parola, ma ciò di cui si sta discutendo investe il comportamento dell'infermiere rispetto ai valori e ai principi etici della professione. Una parte precedente del dibattito era orientata alla relazione interpersonale ed assistenziale, evidenziando quasi la intermediazione che l'infermiere svolge tra il donatore e il ricevente, almeno dal punto di vista del gruppo professionale. Infatti quando si diceva che chi lavora in rianimazione e si trova a gestire il periodo di osservazione per la donazione di organi, grazie ad una giornata come questa ha di fronte l'orizzonte di quello che sarà il suo contributo per la qualità di vita di chi riceverà. Tenevo a evidenziare come la relazione assistenziale necessita di capacità tecniche notevoli, sia nella fase di donazione come anche in tutta l'impostazione dell'assistenza al ricevente. Ma è indispensabile possedere una metodologia che consenta l'impostazione e la pianificazione dell'assistenza. Sappiamo che il piano di assistenza basato sul processo di assistenza infermieristica non sempre è il quotidiano del nostro agire. Probabilmente sono queste invece le capacità di fondo che accomunano gli infermieri nell'affrontare la problematica del trapianto nelle diverse realtà operative, indipendentemente dall'organo o dal tessuto oggetto del trapianto stesso. Il fatto che stiano emergendo alcuni aspetti comuni significa che l'impostazione dell'assistenza da parte degli infermieri è orientata alla persona, anche se indubbiamente le conoscenze fisio-patologiche sono necessarie per selezionare e applicare le abilità tecniche più opportune per ogni realtà assistenziale.

D.: CLAUDIA BANCOLINI - *Ospedale Fatebenefratelli di Milano.*

Io ho solo esperienza di donatori, ovvero di preparazione al prelievo di organi. Vorrei sapere: primo, se nelle paure nella fase pre-trapianto, il ricevente si pone il problema se tutto verrà fatto tecnicamente in maniera corretta per l'organo che deve ricevere e se il tipo di domanda è proprio orientata verso la tecnica. Secondo, per l'esperienza che ho avuto negli ultimi tempi, abbiamo dovuto rinunciare alla donazione degli organi perché i familiari non hanno accettato di donare gli organi del loro congiunto. Da noi il colloquio viene fatto dal medico con i familiari. Tutto il peso del "dopo", anche con i familiari dell'eventuale donatore, deve essere gestito da me come caposala e dagli infermieri dell'équipe, e ci ritroviamo imprepara-

ti a questo aspetto psicologico, soprattutto se è stato dato il rifiuto. Chiedevo se una maggior informazione da parte di tutta l'équipe che prepara alla donazione di organi potrebbe aiutare ad ottenere il "consenso alla donazione". Ad esempio la nostra ultima esperienza, il ricevente era un paziente di Trieste che ha fatto per la terza volta il viaggio in aereo per arrivare a Milano senza risultato perché i parenti hanno detto "no".

Claudia Silvestri

La prima domanda riguarda, se ho capito bene, se chi deve ricevere l'organo si preoccupa se viene fatto tutto tecnicamente bene dalla parte della donazione.

R.: ELENA MARCELLINI - Nel nostro caso non è stata mai posta questa domanda o espressa una cosa del genere. Soprattutto quando arriva il momento del trapianto, grandi domande non ne vengono fatte; o hanno ricevuto le informazioni prima del trapianto oppure le domande vengono fuori nei giorni successivi. Questa domanda non viene espressa, si dice ... siamo qua, ormai ho accettato, fate voi ... A volte noto da parte dei pazienti il rifiuto di avere altre informazioni, in quel momento sono concentrati e si lasciano guidare; anzi sono disturbati dal fatto che noi gli spieghiamo che tecnicamente verranno fatte delle cose. Queste cose sembrano quasi disturbarli in quel momento, preferiscono essere lasciati tranquilli, e aspettare il momento di entrare in sala operatoria. Le informazioni le gradirebbero prima, questo è quanto esprimono qualche giorno dopo.

R.: REGHINE RUHRMANN - Io sono d'accordo. Le uniche due volte che un paziente ha chiesto se avevamo fatto tutto per il meglio, sono stati due pazienti che erano in fase di rigetto acuto, ed erano in un momento di crisi, hanno avanzato il dubbio ... "ma a me avete dato un cuore che è veramente compatibile?" ...

Claudia Silvestri

Per quello che riguarda il rifiuto di donazioni. Cerdo che qui ci vorrebbe una giornata per spiegarlo. Personalmente ho vissuto esperienze sia di consensi, sia anche di rifiuti, se pure nella nostra équipe l'infermiere partecipava assieme al medico quando veniva detto ai parenti che quella persona era morta e che quindi si poteva procedere alla donazione. Bisognerebbe analizzare come viene fatta la richiesta, con che modalità, quali informazioni vengono date, se vengono fatti tutti i passaggi, come è più opportuno farli e quali sono le motivazioni che spingono le persone a dire di "no". Oggi abbiamo anche una legge che finalmente permette anche una modalità più snella della precedente rispetto alla donazione d'organo, purtroppo rimangono ancora i rifiuti. Molte di queste cause le dobbiamo riportare ai mass-media che danno informazioni errate. Come il caso di quel ragazzo in America, che si è svegliato quando stavano staccando le apparecchiature, ma non perché era in co-

ma e apparentemente morto, come hanno detto i giornali, ma perché non ne aveva più bisogno. Questo è stato verificato dal responsabile dei trapianti nel Veneto: quindi completamente stravolta la notizia della realtà. Noi che sappiamo possiamo porci degli interrogativi, ma la popolazione che non ha le conoscenze, accetta ciò che legge.

R.: CHIARA PEGORARO - Questo si rifà anche alla questione formazione/informazione. Siccome ritengo che ci sia un'estrema necessità che anche il cittadino abbia delle conoscenze corrette riguardo a tutti gli eventi nella fase del trapianto, anche per creare una cultura che sia di solidarietà e di donazione. Il cittadino ha bisogno di avere più informazioni corrette, di capire l'iter, il lavoro; di capire come viene gestita tutta la situazione. E non solo appunto dagli scoop dei mass-media. Quindi credo che ci siano due aspetti fondamentalmente da incentivare: una formazione più accurata a noi infermieri che lavoriamo oltre che nei contesti istituzionalizzati anche nel territorio, a contatto con i cittadini. Per primi dare conoscenze specifiche, non tanto per sensibilizzare ad un "sì" o ad un "no", ma per fornire informazioni giuste e precise. Cogliere il più possibile le occasioni per fare delle giornate a contatto con i cittadini, magari con gruppi di esperti, nei Comuni, nelle scuole o altro, visto che è un argomento che può riguardare tutti. Un discorso che possa improntarsi sulla solidarietà, però informando il cittadino da parte di chi segue appunto tutto l'iter. Credo che sia questo uno dei dati che condiziona i "sì" o i "no".

Claudia Silvestri

Sotto questo aspetto, partecipo a riunioni AIDO e con me anche rianimatori, e il punto più delicato che il cittadino ha per capire questi problemi, è come viene fatta la diagnosi di morte, cioè vuole avere la certezza della diagnosi di morte. Non è una cosa facile da spiegare, per cui ci vogliono le persone competenti.

R.: ELENA MARCELLINI - Per quanto riguarda la diagnosi di morte, è importante capire che l'accertamento della morte è svincolato dalla successiva donazione di organi. L'ultima Legge, per fortuna, ha ben chiarito questi momenti, per cui l'osservazione avviene in tutti i pazienti che hanno determinate caratteristiche, che siano o meno donatori di organi. Il cadavere che è tale in quanto in morte cerebrale, alla fine della osservazione viene staccato anche se non è un donatore d'organi. Questo è importantissimo, perché fa capire che quello è comunque un accertamento di morte rigoroso e svincolato dalla attività di trapianto. Questo spesso viene dimenticato, e si parla di osservazione solo in relazione al trapianto, in realtà finalmente adesso non è così. Questo dà più certezza e la dà anche agli operatori sanitari. Io mi stupisco di trovare colleghi poco sensibili da questo punto di vista, anche nelle corsie di ospedale si sentono cose fantascientifiche sul trapianto e soprattutto sull'espianto ... era vivo, si muoveva ... siamo nel 1995 e sono cose che si sentono ... ah se fosse un mio parente, io non darei il permesso di espantare ...

D.: - Volevo chiedere, se per la vostra esperienza, avete mai avuto problemi di tipo religioso con trapiantandi.

R.: ELENA MARCELLINI - C'è stato un paziente in lista, che era un testimone di Geova, che voleva fare il trapianto ma aveva assolutamente vietato qualunque tipo di trasfusione.

Claudia Silvestri

Se non ci sono altri interrogativi ... dobbiamo dichiarare conclusa questa giornata, io credo che portiamo a casa qualcosa di utile. Positive senz'altro le ore che abbiamo speso qui oggi. Io vi ricordo e vi richiamo sempre all'impegno che ognuno di noi deve mettere all'interno dell'Associazione.

XV CONGRESSO NAZIONALE

Corso di aggiornamento

L'INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA: STATO DELL'ARTE DELL'INTENSIVITÀ ASSISTENZIALE

Bologna 19-20-21 novembre 1996
Palazzo della Cultura e dei Congressi

PER INFORMAZIONI

SEGRETERIA SCIENTIFICA: ANIARTI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: ANIARTICOOP s.c. a r.l.

c/o ANIARTI - Via Val di Sieve, 32 - 50127 FIRENZE - Tel. 055/434677 Fax 055/435700

CENTRO DI DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA CDI ANIARTI

Vuoi conoscere le novità
nel campo delle pubblicazione scientifiche infermieristiche?

Il Centro di Documentazione Infermieristica CDI Aniarti, la prima e più ampia fonte dedicata di dati sulla bibliografia infermieristica esistente in Italia, è un servizio per gli infermieri in grado di:

- effettuare ricerche bibliografiche tratte dalle maggiori riviste nazionali ed internazionali;
- rendere disponibili a distanza gli articoli già presenti nella propria biblioteca;
- offrire consulenze per ricerche da implementare.

L'informazione e la comunicazione sono la base per la conoscenza e per l'elaborazione; conoscere significa poter orientare al meglio la propria evoluzione personale e professionale e contribuire al radicamento sociale della nostra professione.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI E PER LE CONDIZIONI DI ACCESSO
CONTATTARE IL SEGUENTE INDIRIZZO:

Roberto Torre
Via delle Canapiglie, 84
00169 ROMA
tel./fax 06/26.00.64

Dal 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 IX Congresso nazionale

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 del X Congresso nazionale

INFERMIERE: UNA PROFESSIONE DA CONQUISTARE, 10 ANNI DI PRESENZA ANIARTI

Rimini, 14-16 novembre 1991 pp 179.

La pubblicazione si apre con due relazioni che pongono l'accento sui dieci anni di attività dell'associazione.

Prosegue con le seguenti relazioni:

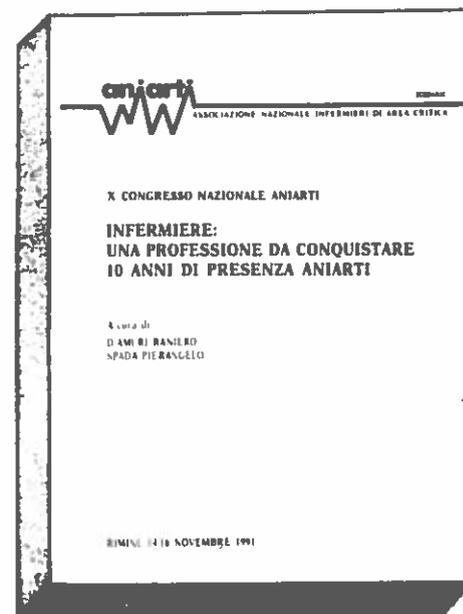
- a)* il sistema organizzativo Area Critica;
- b)* la domanda di salute dei cittadini, analizzata in un'ottica politica ed economica;
- c)* l'inserimento del personale visto come strumento di integrazione degli infermieri. Vengono presi in considerazione il burn-out e lo stress.
- a)* Si analizzano gli aspetti generali e i riflessi relazionali dello stress;
- b)* si collega la sindrome del burn-out come risposta allo stress lavorativo;
- c)* vengono confrontati i valori sociali, l'etica e lo stress;
- d)* una interessante ricerca sul burn-out tra gli infermieri di Area Critica della provincia di Udine;
- e)* si riporta l'esperienza degli infermieri professionali a contatto con i pazienti donatori d'organo come possibile causa di stress.

Tre interventi preordinati prendono in considerazione:

- a)* la valutazione del burn-out infermieristico in rianimazione; *b)* l'assistenza al paziente critico in ambiente non critico; *c)* il rapporto tra il burn-out e la donazione di organi.

In conclusione viene riportato il dibattito emerso alla tavola rotonda sui "percorsi formativi per l'area infermieristica. La riforma della formazione infermieristica: analisi dell'attuale e delle prospettive".

A questo incontro hanno partecipato competenti e autorevoli esponenti del mondo professionale e politico nazionale.



Atti del XI Congresso nazionale

ANIARTI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE INFERMIERI

Firenze, 18-20 novembre 1992, pp. 174.

Gli Atti si aprono con le seguenti relazioni:

- analisi dei bisogni assistenziali in relazione all'evoluzione sociale ed organizzativa;
- implicazioni legali del concetto di responsabilità professionale in ambito sanitario;
- riferimenti legislativi ed evoluzione sociale in merito alla responsabilità professionale infermieristica;
- responsabilità, autonomia e professionalità infermieristica.

Viene di seguito riportato il dibattito.

Si prosegue con la Tavola Rotonda dal tema "la regolamentazione dell'esercizio professionale secondo la normativa vigente: vincoli, opportunità ed ipotesi di cambiamento per l'infermiere del futuro", seguita dal dibattito.

Nella giornata successiva sono state affrontate le seguenti relazioni:

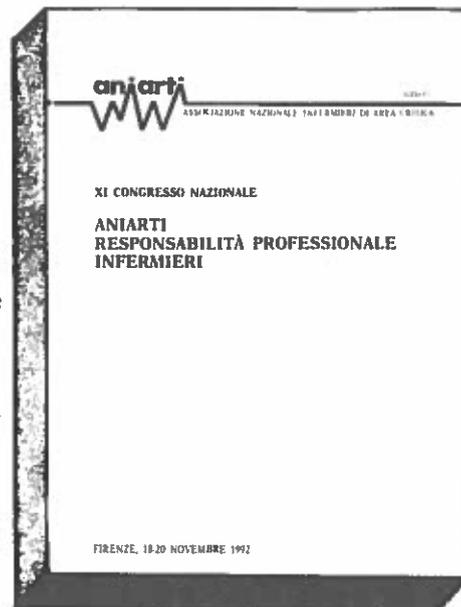
- lo scostamento tra il ruolo formale e sostanziale dell'infermiere;
- la formazione infermieristica e la responsabilità professionale;
- i meccanismi e gli strumenti di integrazione tra assistenza e responsabilità professionale; seguite dal dibattito.

Si prosegue con la Tavola Rotonda dal tema "la riforma della formazione infermieristica: quale la ricaduta sull'assistenza sull'organizzazione e sull'assunzione delle responsabilità professionali", seguita dal dibattito.

Nell'ultima giornata si sono susseguite le seguenti relazioni:

- la definizione del range di responsabilità professionale: quali nuove ipotesi?;
- etica, competenza e deontologia: quale utilizzo giuridico per la definizione della responsabilità professionale;
- la responsabilità professionale e le connessioni etico-deontologiche; seguite dal dibattito.

I lavori si chiudono con la sessione speciale avente per tema: l'assistenza e la medicina alternativa.



Atti del XII Congresso nazionale

IL CITTADINO COME CLIENTE, L'INFERMIERE COME PROFESSIONISTA

Vincoli economici e risultati assistenziali nell'organizzazione sanitaria dopo la riforma del S.S.N.

Bologna, 23-25 novembre 1993 pp. 240.

La mattinata di apertura si apre con la presentazione delle seguenti relazioni:

- l'Aniarti, l'etica della salute e l'evoluzione sociale, economica e sanitaria nel nostro Paese;
- l'organizzazione sanitaria, ospedaliera e territoriale dopo la riforma del S.S.N.;
- l'assistenza e la professione infermieristica nella organizzazione sanitaria attuale ed in quella post-riforma.

Alle relazioni fa seguito il dibattito.

Si prosegue con le seguenti relazioni:

- l'assistenza infermieristica: bisogno sociale o costo aggiuntivo?;
- la garanzia di qualità del risultato assistenziale quale criterio per la scelta del professionista infermiere;
- metodi e strumenti per costruire prestazioni infermieristiche di qualità.

Il giorno seguente si inizia con la Tavola Rotonda dal tema "evoluzione o involuzione della professione e dell'assistenza infermieristica nel futuro sociale e sanitario del nostro paese", seguita dal dibattito.

Si continua con le seguenti relazioni:

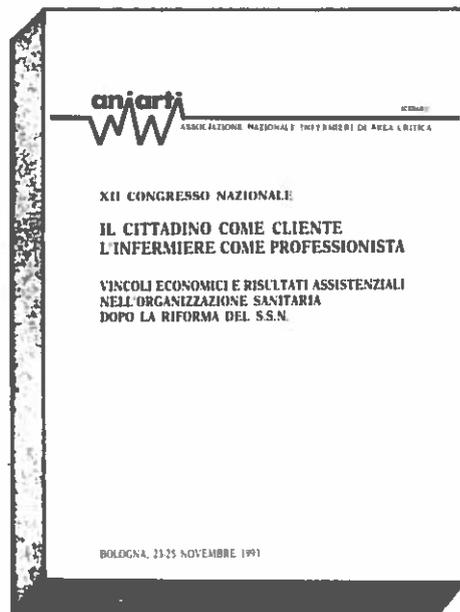
- lo specifico disciplinare nella formazione infermieristica in università;
- l'impegno economico e culturale della formazione infermieristica in università. Per quali risultati?;
- il concetto di salute nella formazione infermieristica e nei risultati assistenziali: quale la responsabilità etica?

Alle relazioni fa seguito il dibattito.

Nell'ultima giornata sono stati sviluppati i seguenti argomenti:

- infermieri dell'Area Critica: uso di sostanze voluttuarie ed incidenti in ambiente di lavoro;
- infermieri e fattori di rischio in Area Critica;
- valutazione infermieristica del primo disostruttore per tubi tracheali;
- colonna vertebrale e nursing: problematiche e risposte possibili in Area Critica;
- rischi professionali per gli operatori di Area Critica.

Alle relazioni fa seguito il dibattito.



FREE FLOW

FREE FLOW è un presidio ideato allo scopo di poter disostruire rapidamente ed in condizioni di sicurezza il tubo tracheale liberandola dalle secrezioni tenaci adese alle pareti e pertanto non rimovibili con semplice aspirazione.

L'uso del **FREE FLOW** permette di ripristinare il lume interno del tubo tracheale evitando l'operazione di sostituzione d'urgenza del tubo che espone il paziente a gravi disagi.

L'impiego quotidiano del presidio impedisce la formazione di incrostazioni e previene la riduzione progressiva del lume.



Il ridotto diametro del **FREE FLOW** (2,5 mm) evita, durante la fase introduttiva, la rimozione delle concrezioni con conseguente invio in trachea.

Nella fase di estrazione, agendo sull'impugnatura si provoca l'apertura dell'ombrello che assume le dimensioni interne del tubo, permettendo l'agevole rimozione delle secrezioni.

IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

DAR

DISPOSITIVO
ASPIRABILE
PRIMAVERILE
RIMOVIBILE

DAR S.p.A.
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY - P.O. Box 78
Via Galvani, 22 - Tel. 0535/ 617711 - Fax 0535/26442
Telex: 520021 DAREX I

RICERCA,
PARTNERSHIP,
QUALITÀ.

IN
ALTRE
PAROLE,
WANDER
SANDOZ
NUTRITION.

WANDER - SANDOZ NUTRITION CONOSCE BENE IL RUOLO DELLA RICERCA. FORSE PER QUESTO HA UNA POSIZIONE DI PRIMO PIANO NEL CAMPO DELLA NUTRIZIONE ENTERALE. I COSTANTI INVESTIMENTI NELLA RICERCA, LA COLLABORAZIONE CONTINUA CON GLI SPECIALISTI DI TUTTO MONDO E L'ATTENZIONE PRESTATATA ALL'AGGIORNAMENTO HANNO INFATTI PORTATO ALLA CREAZIONE DI UNA LINEA DI PRODOTTI CALIBRATI SULLE ESIGENZE DEI PAZIENTI.

OGNI MEDICO CONOSCE L'IMPORTANZA DI UN ADEGUATO APPORTO NUTRIZIONALE IN OGNI TIPO DI TERAPIA.

PER QUESTO, I PRODOTTI DELLA LINEA WANDER VENGONO TESTATI CLINICAMENTE NELLE PATOLOGIE PER CUI SONO PROPOSTI. COSÌ, MEDICI E PERSONALE OSPEDALIERO DIVENTANO PARTNERS ATTIVI NELLA CONTINUA EVOLUZIONE DELLA LINEA WANDER - SANDOZ NUTRITION. CHE SI PRESENTA OGGI COMPLETA SIA NELLA GAMMA DEI PRODOTTI CHE NEI PRESIDI PER LA SOMMINISTRAZIONE, PER RISOLVERE TUTTI I PROBLEMI NUTRIZIONALI CHE LA PRATICA OSPEDALIERA PONE OGNI GIORNO.

WANDER

SANDOZ NUTRITION

**RICERCA AVANZATA
IN NUTRIZIONE ENTERALE.**