

La 4^a generazione
Venite a vederla da vicino



Oxismart XL Nellcor

tecnologia del XXI secolo sviluppata
dall'esperienza clinica.

MALLINCKRODT

Mallinckrodt Italia S.r.l, Via Galvani 22
41037 Mirandola (Mo), Telefono: 0535/617711

Direttore Responsabile
Monica Casati - Bergamo

Comitato di Redazione
Gianfranco Cecinati - Firenze
Leonardo Cortini - Firenze
Paola d'Amore - Firenze
Sonia Gualtieri - Reggio Emilia
Stefano Sebastiani - Bologna

Collaboratori

Luca Benci
Reno Dinoi
Carlo Divo
Maurizio Moroni

Pubblicità

Annunziata Pinzari
Via G. di Montpellier - 00161 Roma
Tel. 06.6245921
T.I.C. DMCCP Osp. Bambin Gesù
Tel. 06.68592457

Tariffe

Iscrizione Aniarti 2000 Lit. 40.000
(comprensiva di Scenario)

Abbonamento a Scenario
individuale Lit. 60.000
istituzionale Lit. 100.000
(Enti, Istituzioni, Associazioni, Biblioteche,
Unità Operative, Sedi formative).

Le quote vanno versate sul c/c postale
n. 11064508 intestato a:

ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

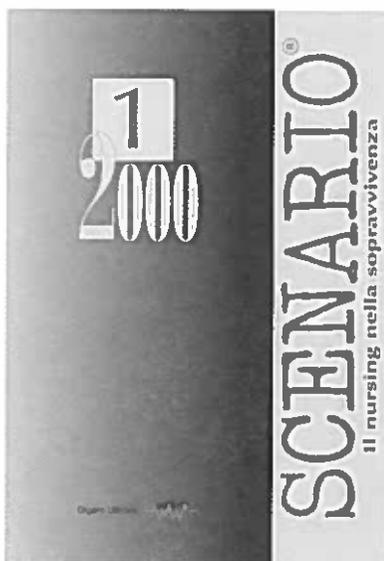
Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commen-
ti, proposte, interventi in genere vanno
inviati a Paola d'Amore, responsabile
della segreteria di redazione.

c/o Ufficio soci ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Fax 055.435700 - Tel. 055.434677
www.aniarti.it
e-mail: aniarti@aniarti.it

Progetto Grafico: Vittorio Casebasse
Stampa: Grafiche Cappelli, Via Arno, 49
50019 Sesto Fiorentino - Firenze

Numero chiuso il giorno
20 Marzo 2000



3 EDITORIALE
di Monica Casati

4 L'EVIDENCE-BASED NUI
(EBN)
di Giuseppe Lazzari

8 RIANIMAZIONE CARDI
MONARE NELLA PERC
ANZIANA: UN PROBLE
ETICO O METODOLOG
di Elena Anselmi, Enrico
Sandro Baldo

12 ASSISTENZA INFERMIEI
IN CORSO DI LAVAGGI
POLMONARE MASSIVI
IN PROTEINOSI ALVEO
PRESENTAZIONE DI UN
ESPERIENZA
di Paola Borella, Anna Vi
Davide Sciaravel

15 TAVOLA ROTONDA
CONGRESSO NAZIONA
ANIARTI

Rubriche

38 DIRITTO E ROVESCIO
a cura di Luca Benci

39 OLTRE CONFINE
a cura di Carlo Divo
e Maurizio Moroni

47 AREA... LIBERA
a cura di Gianfranco Cec

Varie

51 PILLOLE DI NAFTALINA
a cura di Reno Dinoi

52 CONSIGLIO DIRETTIVO
NAZIONALE



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insidacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato; i medesimi sono pregati di indicare il loro recapito completo.

Gli articoli dovranno pervenire su file, formato testo di Word per Windows, attraverso l'invio di un dischetto (e fortemente raccomandato di inviare il medesimo in una busta protettiva e di allegare, nel contempo, una copia cartacea del lavoro), o attraverso posta elettronica.

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

- 1 - titolo dell'articolo*
- 2 - autori con nomi completi e qualifiche professionali*
- 3 - istituzioni di appartenenza*
- 4 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail).*

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente nel testo (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), numerate progressivamente, dotate di didascalie con titolo e numero, e dovrà essere segnalato chiaramente, nel testo, il punto di inserzione.

L'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano a nome della medesima, occorrerà una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Gli autori riceveranno gratuitamente, in caso di accettazione e pubblicazione delle proposte, due copie della rivista su cui compare il lavoro.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

INFORMATIVA PER I SOCI

Legge 675/96 Tutela dei dati personali

L' ANIARTI è in possesso dei dati personali anagrafici di ogni associato in quanto da lui stesso forniti al momento della presentazione della domanda di socio.

Tali dati sono conservati presso l'archivio della stessa Associazione e trattati esclusivamente da personale incaricato ed unicamente per adempiere agli scopi istituzionali.

Molta enfasi è stata posta, da più parti e su più fronti, sui bilanci e sulle previsioni di fine anno, secolo, millennio, secondo i gusti e i desideri. In ambito sanitario e nello specifico professionale la riflessione si pone sulla veloce trasformazione della domanda e dell'offerta dei servizi, anche laddove è l'offerta a sollecitare la domanda.

Il nostro esercizio professionale, da 65 anni connotato come professione sanitaria ausiliaria, ha perso nel febbraio 1999 con la legge n. 42, l'ultimo dei tre termini che lo compongono; questo è avvenuto contestualmente alla sancita equipollenza dei titoli attuali con quelli conseguiti con il precedente ordinamento, all'abrogazione del mansionario e alla definizione del campo proprio di attività e di responsabilità attraverso i profili professionali, i codici deontologici e gli ordinamenti didattici di base e post-base di ciascuna professione sanitaria.

A circa un anno dall'emanazione di tale legge "storica" non solo per la nostra professione, molte sono le riflessioni e le trasformazioni in atto su più fronti.

È sulla questione dei numeri ancorché della qualità dell'assistenza infermieristica, e dell'assistenza in generale, che si vuole porre una riflessione.

Se per garantire l'attuale livello delle prestazioni, secondo dati forniti dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, dovrebbero diplomarsi novemila infermieri l'anno a fronte di un dato reale di circa tremila neo-diplomati l'anno, la necessità di figure di supporto all'assistenza è realisticamente presente.

Il Ministero della Sanità sta discutendo da qualche mese un disegno di legge dal titolo "Individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e ordinamento didattico dei relativi corsi di formazione", figura con circa un anno di formazione, la cui attività rientra nelle tre seguenti tipologie: a) assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero; b) intervento igienico-sanitario e di carattere sociale; c) supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Ciò mette in campo tutti i rischi e tutte le opportunità dell'inserimento di tale personale nei processi assistenziali, peraltro in certi settori presenti da anni con diverse qualifiche.

I rischi sono legati alla possibile e facile attribuzione *tout-court* di alcune attività infermieristiche a queste figure che infermieristiche non sono, venendo meno il livello di

garanzia che ogni cliente ha il diritto in questo tipo di prestazioni.

Preoccupano in particolare alcuni di tale disegno di legge, tra cui: "reattività semplici di supporto diagnostico-peutico"; "effettua(re) piccole mediche cambio delle stesse"; "aiuta(re) per la assunzione dei farmaci presc" "utilizza(re) specifici protocolli (...)

Il problema non solo è dato dalle azioni, variamente interpretabili, ma dalla mancata indicazione della/delle figure professionali/i a cui afferisce il supporto.

È in ogni caso incomprensibile la connotazione nella struttura organica di tale figura sia legata ad una sola fra l'Operatore Socio-Sanitario "svolge attività in équipe, in collegamento" e ed in collaborazione con gli operai professionali preposti rispetto all'assistenza sanitaria e a quella sanitaria, anche vero che nei profili delle professioni sanitarie, solo quelli di matrice infermieristica contengono la precisazione che si avvalgono, ove necessario dell'assistenza personale di supporto; perché quindi precisa in tale decreto che è alla figura infermieristica che afferisce la gestione delle risorse umane (cosa che peraltro non è), ancorché gli afferisce la responsabilità delle mansioni affidate loro?

Le opportunità sono quelle legate all'essere chiamati a rivedere le prestazioni al fine di far svolgere attività assistenziali standardizzabili e a bassa complessità, altre figure, gli infermieri possano prima attivarsi per attuare processi assistenziali personalizzati ai clienti del Servizio Sanitario Nazionale siano effettivamente tali e per la loro efficacia delle attività svolte, anche deve avere un peso costante e irrinunciabile nell'esercizio professionale.

Certo è che le molte motivazioni non ad un basso richiamo della professione infermieristica sui giovani e le scarse risorse sono anche legate ad uno stato socio-economico che lascia a parte, in quanto non allineato con l'evoluzione compiuta dalla professione infermieristica, in particolare negli ultimi dieci anni.



Museo

Giuseppe Lazzari

Infermiere Insegnante Dirigente - Ufficio Infermieristico Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti - Bergamo.

L'Evidence-Based Nursing (EBN)



Con l'apertura del terzo millennio, la disponibilità di tecnologie sempre più avanzate e la conseguente crescita esponenziale del volume e della complessità dell'informazione scientifica ha progressivamente accentuato il gap tra quest'ultima e le pratiche sanitarie.¹ Ciò ha evidenziato i limiti di una pratica clinica guidata in buona parte dall'esperienza.

Nonostante la mole di studi scientifici pubblicati annualmente, la diffusione di pratiche sanitarie non efficaci è tuttora un problema di grande attualità se si considera che una piccola parte di quello che viene fatto ogni giorno possiede almeno uno studio clinico ben disegnato a sostegno della sua utilità.² Forte è la convinzione che la cura della salute sia ancora oggi ampiamente fondata su assunti non dimostrati e su interventi di efficacia non provata. Richard Smith, direttore del *British Medical Journal*, viene spesso citato a tale proposito per avere fornito, in un articolo dedicato all'argomento, una stima approssimata della quota di interventi medici che si fonda su solide prove di efficacia, valutandola attorno al 15%.³

Considerato che l'assistenza infermieristica è ugualmente soggetta alle medesime considerazioni,⁴ anche in ambito infermieristico si sta fortemente avvertendo la necessità di migliorare la comunicazione tra ricerca e pratica professionale per trasferire nella prassi le indicazioni degli studi epidemiologici e sperimentali. La difficoltà nel determinare quanto di documentata efficacia sia presente nell'assistenza infermieristica ha, infatti, contribuito ad evidenziare i limiti di una pratica guidata in buona parte dall'esperienza, dalla tradizione, dal senso comune e da teorie non verificate.⁵ A tutto ciò si aggiunga la sostanziale variabilità dei comportamenti rilevabili nella pratica quotidiana. Tale difformità di opinioni, unitamente alla crescente complessità tecnologica dell'assistenza sanitaria, dipende dal fatto che in buona parte delle aree dell'assistenza infermieristica si continua ad esercitare in condizioni di incertezza. Questa sostanziale mancanza di consenso è però giustificata solo in parte dalla penuria di informa-

zioni sull'efficacia di buona parte degli interventi attuati nella pratica, considerato che, anche laddove esistono già le prove di efficacia, è possibile riscontrare comportamenti pratici molto distanti da ciò che il rispetto per l'evidenza scientifica esigerebbe.

Se come professionisti abbiamo il dovere di garantire alle persone assistite la miglior tutela della salute possibile, la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, attraverso prestazioni infermieristiche di provata efficacia, rende oggi più che mai necessario che il gruppo professionale si interroghi sulla validità ed efficacia del proprio *modus operandi* e sulla necessità di una pratica professionale basata sulla *best current evidence*, la migliore evidenza scientifica disponibile all'attuale momento storico.⁶

L'*Evidence-based Nursing* (EBN) sembra costituire, al di là di quanto possa essere legato ad una moda temporanea, una tra le possibili risposte a questa esigenza.

Pertanto, il nostro obiettivo è descrivere in modo critico, per quanto brevemente e schematicamente, i mezzi di informazione biomedica e fornire all'infermiere una piccola guida per reperire le prove di efficacia da trasferire poi nella pratica quotidiana. Prima però di addentrarci nel decisamente tecnico, vorremmo utilizzare ancora qualche spazio per affrontare alcune questioni di carattere concettuale sull'argomento.

L'Evidence-Based Nursing

Attualmente il concetto di *Evidence-based Nursing* (EBN) viene collegato al concetto di *Evidence-based Medicine* (EBM),^{7,8} la cui certificazione di nascita risale al 1992, anno in cui tale termine venne utilizzato per la prima volta in un articolo pubblicato sul *JAMA*.⁹ L'*Evidence-based Medicine Working Group*, il gruppo di ricercatori ideatori di questa nuova modalità di approccio ai problemi medici, era partito dalla convinzione che buona parte dell'attuale pratica medica non fosse di dimostrata efficacia ed affermava che tutte le azioni cliniche sul piano diagnostico, terapeutico e della valutazione prognostica dovevano essere basate su solide evidenze quantitative derivate da una buona ricerca epidemiologico-clinica.

In ambito infermieristico, l'*Evidence-based Nursing* (EBN) è stato definito, sulla scorta del lavoro condotto dal gruppo poco fa citato, come un momento di svalutazione del giudizio non sistematico, dell'intuizione e della tradizione come basi per la pratica infermieristica, momento che stressa invece l'importanza dell'analisi sistematica della qualità e consistenza dei risultati derivati da una ricerca di buona qualità, il loro utilizzo ed il consenso di esperti riconosciuti per dare fondamento alla pratica.¹⁰ In questa prospettiva solamente gli studi clinici randomizzati costituiscono lo standard di riferimento per verificare l'efficacia di un determinato intervento.

Oltre alla competenza e all'abilità clinica, l'EBN pone come elemento da cui non si può prescindere il possesso di nuove capacità quali quelle di saper consultare efficientemente ed interpretare validamente la letteratura scientifica. Una pratica professionale *evidence-based* consiste nell'uso coscienzioso, esplicito ed accorto delle migliori evidenze attualmente disponibili nel momento in cui si prende una decisione per la singola persona assistita. L'utilizzo dell'aggettivo "giudizioso" sta ad indicare che tale pratica non deve essere caratterizzata da un approccio pedissequo "da libro di ricette di cucina" ma deve prevedere l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche con la competenza individuale, i punti di vista dell'assistito, i suoi valori e le circostanze di cui è sempre necessario tenere conto.^{11, 12} Nello specifico l'infermiere nel rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica nella loro triplice dimensione¹¹ oggettiva la virtù del *care* che consiste nel rispetto e nell'interesse per l'altro nella sua particolarità ed unicità; non è sufficiente solo sapere che cosa si deve fare in una ipotetica situazione ma bisogna anche comprendere cosa quella persona in una certa situazione di bisogno richiede.¹⁴

Le fonti tradizionali di informazione

Al di là della penuria delle prove di efficacia, persiste ancora un grave difetto di comunicazione, non tanto per l'insufficienza dei canali, che come vedremo nel prosieguo del lavoro sono ormai numerosi e potenti, quanto nei processi di trasferimento delle conoscenze e in una loro, purtroppo ancora incompleta, comprensione. Anche se è documentato che gli infermieri sono a conoscenza dei

risultati di ricerca e una parte di essi ha applicato, almeno una volta, ciò che è emerso dalla letteratura scientifica,¹⁵ in molti casi è possibile constatare il ritardo con cui i professionisti della salute in generale applicano nella propria pratica alcune nuove acquisizioni, a proposito delle quali la ricerca ha già ben documentato un sicuro vantaggio per le persone assistite.¹⁶ Nello scenario in continua evoluzione della pratica infermieristica, è sempre più pressante la necessità di un'adeguata formazione e di un continuo aggiornamento per poter trasferire i risultati della ricerca nella pratica; un'assistenza infermieristica di qualità deve necessariamente passare anche attraverso un uso mirato e corretto della letteratura scientifica. Nonostante il bisogno di mantenersi aggiornati con informazioni clinicamente rilevanti sia reale, l'osservazione diretta suggerisce che non sempre gli infermieri lo fanno in modo efficace. L'effetto di questo continuo, ma insoddisfatto bisogno di nuove informazioni conduce ad un progressivo declino della propria competenza clinica dopo il completamento dell'*iter* formativo ufficiale. In questo modo le conoscenze divengono obsolete e la persona assistita ne paga le conseguenze.

La costante evoluzione della pratica professionale e l'incontrollata proliferazione delle riviste scientifiche, unitamente al crescente numero degli articoli pubblicati,¹⁷ rischia di generare una "overdose di informazione" che, oltre a rappresentare un canale di comunicazione inefficace, può sopraffare chi tenti di tenersi al passo con le nuove conoscenze. Il ritmo dei cambiamenti è così rapido che i professionisti ne sono spesso disorientati. Considerato che oltre due milioni di articoli sono pubblicati annualmente in più di 20.000 riviste, (va considerato che alcune riviste mediche pubblicano articoli anche di interesse infermieristico), con un ritmo di espansione annuo del 6-7%, è del tutto illusorio pensare che gli infermieri abbiano il tempo per mantenersi costantemente aggiornati leggendo un numero sempre crescente di riviste.¹⁸ Ammesso che ci riescano, rimane il problema di come valutarne la credibilità e l'applicabilità agli specifici problemi della persona che si sta assistendo. In che modo gli infermieri possono allora apprendere nuove informazioni e innovazioni e decidere di conseguenza di modificare la propria condotta clinica?

Le possibili fonti di conoscenza degli infermieri tradizionalmente reperite per integrare le proprie conoscenze includono i consigli di colleghi che hanno particolari competenze trattate, la letteratura grigia (costituita da atti di congressi e documenti) e le pubblicazioni scientifiche.¹⁹

Nessun collega, per quanto è in grado di garantire l'obiettività e la completezza delle informazioni, la consultazione del collega nonostante sia il mezzo più diffuso, non è sempre il più valido poiché i dati derivati dall'esperienza non possono essere generalizzati. Spesso l'opinione del collega più vicino è superata e lontana dalle evidenze scientifiche, ma ciò non significa che l'opinione dell'esperto non sia sempre tanto e utile. È fondamentale distinguere tra il collega autoritario, in grado di fornire solo il contributo dell'opinione personale, dalla vera autorità clinica conscia dei limiti dell'esperienza e del valore della ricerca scientifica qualunque risponda ai problemi alla letteratura originale.²⁰

I trattati, sebbene sintetizzano le conoscenze disponibili e costituiscono una fonte di aggiornamento più utile dagli infermieri, contribuiscono a dare l'introduzione di interventi e l'abbandono di quelli inefficaci. Essi sono già datati al momento della loro pubblicazione (sono riveduti mediamente due anni per la stampa) e costituiscono una *mix* inestricabile di opinioni ed esperienze degli autori, studi clinici originali, riportati in modo in maniera insufficiente. Anche gli indici analitici sono poco dettagliati e i riferimenti bibliografici sono limitati a poche voci.²¹

In merito alle riviste, esistono problemi che ostacolano il loro utilizzo: il numero estremamente elevato,²² la frammentazione degli argomenti e la rarità degli studi di riferimento alla pratica clinica.²³

Tutte queste fonti d'informazione pur preziose, non sono sempre appropriate.²⁴

Alla ricerca delle evidenze: le fonti innovative

L'EBN rappresenta il razionale modo di risposta al bisogno degli infermieri di informazioni aggiornate e complete per il soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica delle

Tale tentativo si caratterizza per una sistematica di informazioni attendibili dal punto di vista logico con le quali integrare la conoscenza e attuare interventi efficaci sia dimostrata da *trial* o dalla migliore evidenza erimentale. Per le motivazioni ora addotte, alle fonti tradizionali informazione devono essere affiancate alcune fonti innovativi cui tempestività di accesso alle informazioni rappresenta, oltre al rapido aumento delle stesse, la caratteristica principale.

La principale risorsa bibliografica prodotta dagli ideatori del movimento *evidence-based* è rappresentata dalla ricerca in un sistema di parole-chiave su basi bibliografiche computerizzate, ad esempio MEDLINE (per la azione raggiungere l'indirizzo www.medline.cos.com) o CINAHL, *base* che contiene oltre 250 mila enti di interesse infermieristico la più di circa 950 riviste di 121 infermieristica, biomedici di scienze comportamentali (www.cinahl.com). Queste basi di informazioni sono solo il titolo o l'*abstract* articoli identificati e per una loro azione metodologica è necessario e del testo integrale su cartaceo o *ernet*. Nonostante gli archivi *rafici* informatizzati rappresenti migliore mezzo di ricerca,²¹ la le qualità di indicizzazione degli può rendere difficoltoso il loro *ento* considerato che il 30-50% *udi* controllati sfugge ai criteri di *tradizionali*.²² Pertanto, anche se *sione* del fenomeno Internet offra *luttura* fisica ideale alla ricerca *nformazioni* clinicamente utili, *ingolo* infermiere tale ricerca può *entare* impresa ardua e spesso *giante*.

Avviare a questo stato di cose, è le oggi affidarsi a nuovi *strumentari* pensati per facilitare una *evidence-based*: le pubblicazioni *ndarie*, le revisioni sistematiche e *guida*.

Le pubblicazioni secondarie riprendono articoli già pubblicati e apparsi su un *rt* di riviste mediche ed infermieristiche forniscono una sintesi breve e *ata* dei contenuti degli stessi in *ll'evidenza* scientifica migliore *ente* ad un commento di carattere

clinico. I redattori di tali pubblicazioni, impiegando criteri metodologici e di selezione degli articoli prestabiliti, selezionano solo articoli di carattere clinico solidi dal punto di vista scientifico e dalle conclusioni verosimilmente valide.²³ Gli articoli selezionati vengono poi sottoposti ad un gruppo di professionisti esperti (infermieri non sono esclusi) impegnati in prima persona nella pratica clinica che collocano gli articoli analizzati nel contesto clinico più appropriato. In questa direzione, un'assoluta novità nel campo dell'editoria scientifica di interesse infermieristico è rappresentata dalla rivista inglese *Evidence-based Nursing*, ormai disponibile anche in Italia.

La seconda innovativa fonte di informazione per i professionisti orientati verso una pratica *evidence-based* è rappresentata dalle revisioni sistematiche, ossia da sintesi condotte in modo sistematico analizzando tutti gli studi condotti per valutare l'efficacia di un determinato intervento.²⁴ Esse sono realizzate attraverso metodologie standardizzate che prevedono la definizione di un chiaro obiettivo, la descrizione dei metodi utilizzati per ricercare, selezionare, valutare e analizzare tutti gli studi originali e infine la sintesi dei risultati attraverso la definizione degli effetti dell'intervento che si intende considerare.²⁵ Il carattere sistematico di queste revisioni, che prevede la stesura di un protocollo che definisce obiettivi e modalità della revisione, le distingue dalle revisioni tradizionali (narrative) e garantisce, a differenza di queste ultime, che le conclusioni siano basate su tutte le evidenze scientifiche rilevanti. Spesso la sintesi delle evidenze disponibili è di tipo quantitativo (metanalisi), mediante l'utilizzo di specifiche tecniche statistiche. In questa direzione si concentrano gli obiettivi della *Cochrane Collaboration* (<http://www.cochrane.co.uk>), un insieme di poli internazionali di discussione e revisione sistematica della bibliografia.²⁶

Le linee-guida rappresentano invece il tentativo di concentrare un ampio volume di conoscenze scientifiche in un formato facilmente utilizzabile, a cui si giunge attraverso un processo sistematico di elaborazione di conoscenze derivanti da ricerche o studi o da convinzioni basate su esperienza o nozioni, nel caso in cui le evidenze siano scarse o nulle. Le istituzioni che si occupano della loro produzione (agenzie governative, società scientifiche) garantiscono

un certo rigore metodologico e espliciti criteri *evidence-based* nella ricerca delle evidenze scientifiche, che deve essere sistematica e riproducibile.²⁷

In definitiva, per gli infermieri impegnati nella ricerca di informazioni essenziali ed attendibili diventerà, quindi, sempre più possibile rintracciare sintesi concise e valide delle migliori evidenze disponibili.

Conclusioni

Non vi è dubbio che lo scenario della pratica infermieristica nel nostro paese stia cambiando. La "rivoluzione" appena iniziata sembra essere soprattutto culturale perché ha inserito fra i professionisti quell'elemento di dubbio relativamente all'appropriatezza e all'efficacia degli interventi infermieristici, elemento che, si spera, continui ad operare e a rafforzarsi nel tempo. Il dubbio alimenta la critica e la critica rappresenta l'elemento fondamentale per migliorare.

La disposizione da parte dei giovani infermieri ad imparare rapidamente l'uso degli archivi bibliografici informatizzati, la crescente facilità dei programmi di accesso a questi ultimi e la loro crescente applicazione alla pratica professionale, fanno pensare che l'utilizzo dell'informatica sarà una delle caratteristiche della pratica infermieristica del prossimo futuro. Proprio per questo l'infermiere deve possedere strumenti adeguati per recuperare ed interpretare criticamente i risultati della ricerca scientifica, tradurre tali conoscenze in stili di pratica appropriati e misurare in seguito l'impatto della propria attività.

Nel quotidiano dell'infermiere, tuttavia, l'adesione ad una tale pratica è spesso limitata da elementi di svariata natura, come ad esempio il poco tempo a disposizione per l'aggiornamento, la difficoltà di accesso alle biblioteche e agli archivi bibliografici informatizzati, la scarsa familiarità con l'inglese, programmi di formazione universitaria e professionale non ancora adeguati. Nonostante i progressi dell'informatica, l'assistenza infermieristica manca ancora oggi di una solida infrastruttura che consenta di collegare efficientemente la produzione della ricerca, la sua archiviazione e il reperimento delle informazioni da parte degli infermieri.

Pare in ogni caso importante stimolare la professione ad intraprendere questo nuovo percorso, un percorso che si

fonda sull'assunto che le evidenze di efficacia rappresentano un punto irrinunciabile che deve ispirare, ogni volta sia possibile, l'erogazione delle prestazioni infermieristiche.

Bibliografia

- Smith L. *Filling the lacuna between research and practice: an interview with Michael Peckham*. BMJ 1993;307:1403-7.
- Bunker J.P. *Is efficacy the Gold Standard for Quality Assessment?* Inquiry 1988;25:51-58.
- Smith R. *Where is the wisdom? The poverty of medical evidence*. BMJ 1991;303:798-9.
- Di Giulio P. *Napoli: un congresso sull'evidenza scientifica. Alcune riflessioni*. ScENARIO 1998;3:4-5.
- French P. *The development of Evidence-based Nursing*. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(1):72-78.
- Lazzari G. *L'Evidence-based Nursing. Una panoramica internazionale ed italiana*. Tesi di Diploma Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche - Università degli Studi di Milano, anno accademico 1998/99, relatore: Monica Casati.
- Closs S.J., Cheater F.M. *Evidence for nursing practice: a clarification of the issues*. Journal of Advanced Nursing 1999; 30(1):10-17.
- Davidoff F., Haynes B., Sackett D., Smith R. *Evidence-based Medicine*. BMJ 1995;310:1085-6.
- Evidence-based Medicine Working Group. *Evidence-based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine*. JAMA 1992;268(17):2420-5.
- Stetler C.B., Brunnel M. et al. *Evidence-based practice and the Role of Nursing Leadership*. Journal of Nursing Administration 1998;28(7/8):45-53.
- Sackett D., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. *Evidence-based Medicine: what it is and what it isn't*. BMJ 1996;312: 71-2.
- Sackett D., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Richardson W.S., Haynes R.B. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone, 1997.
- Cantarelli M. *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*. Masson, Milano, 1996.
- Reich W.T. *Curare e prendersi cura. Nuovi orizzonti dell'etica infermieristica*. Arco di Giano 1996;10:9-24.
- Brett J.L. *Use of nursing practice research findings*. Nursing Research 1987;36(6): 344-9.
- Animan E.M., Lau J., Kupelnick B., Mosteller F., Chalmers T.C. *A comparison of results of meta-analyses of randomized controlled trials and recommendations of clinical experts: treatments for myocardial infarction*. JAMA 1992; 268:240-8.
- Slawson D.C., Shaughnessy A.F. *Obtaining useful information from expert based sources*. BMJ 1997;314:947-9.
- Haynes R.B., McKibbon K.A., Fitzgerald D. et al. *How to Keep up with the medical literature. Why try to Keep up and how to get started*. Ann Intern Med 1986;105:149.
- Casati M. *La documentazione infermieristica*. McGraw-Hill, Milano, 1999.
- Stross J.K., Harlan W.R. *The dissemination of new medical information*. JAMA 1979;241:2662-4.
- Cappello M., Vizzini G., Puleo A., Pagliaro L. *L'integrazione della conoscenza per la soluzione dei problemi clinici*. MEDIC 1994;2:191-200.
- Mulrow C.D. *Rationale for systematic reviews*. BMJ 1994;309:597-9.
- Haynes R.B. *Loose connections between peer-reviewed clinical journals and clinical practice*. Ann Intern Med 1990;113:724-8.
- Wyatt J. *Use and sources of medical knowledge*. Lancet 1991;338:133-4.
- McKibbon K.A., Walker-Dilks C.J. *Beyond ACP Journal Club: how to harness MEDLINE to solve clinical* [Editorial]. ACP J Club. 19 Apr;A10-2 (Ann Intern Med Suppl 2).
- Dickersin K., Scherer R., Le *Identifying relevant studies for reviews*. BMJ 1994;309:1286-9.
- Liberati A. (a cura di) *La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità della Evidence-based Medicine*. Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Cook D.J., Mulrow C.D., *Has Systematic Reviews: synthesis of evidence for clinical decision*. A Med 1997;126:364-71.
- L'Abbé K.A., Detsky A.S., *Of Meta-analysis in clinical research*. Intern Med 1987;107:224-33.
- Chalmers I., Dickersin K., *Getting to grips with Archie's agenda*. BMJ 1992;305:786-7.
- Grilli R., Penna A., Liberati A., *La pratica clinica: come promuovere implementare linee-guida*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.
- Woolf S.H. *Practice guideline reality in medicine*. Arch Intern Med 1990;150:1811-8.

L'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica
Delegazione Puglia
presenta:



Giornate di studio e corsi d'aggiornamento

**10 giugno, LECCE - 16 giugno BRINDISI - 17 giugno TARANTO
23 giugno BARI - 24 giugno FOGGIA**

PROGRAMMA MATTINO (9.30-12.30)

DIBATTITO: "IL SISTEMA D'EMERGENZA SANITARIA I.I.8."
OSPITI: Rappresentante Aniarti
Rappresentante della categoria infermieristica
Rappresentante della categoria medica
Rappresentante politico
Rappresentante del volontariato

PROGRAMMA POMERIGGIO (14.30-17.30)

CORSO TEORICO PRATICO DIVISO IN TRE PARTI:

- IL CORRETTO USO DEGLI ELETTRO CARDIOGRAFI;
- L'INTERPRETAZIONE RAPIDA DEI TRACCIATI ELETTRO CARDIO GRAFICI NELL'URGENZA - esercitazioni pratiche;
- IL CORRETTO USO DEI VARI DEFIBRILLATORI

DOCENTI: IP Rosella Di Girolamo
IP Reno Dinoi
IP Vito Frasca
Dottoressa Mariella Marenaci
IP Alfoso Portogallo
IP Giampaolo Quagliarello
IP Carmen Rizzo

La partecipazione al dibattito, che prevede il rilascio di regolare attestato, è gratuita aperta a tutti. La partecipazione al Corso teorico pratico della sessione pomeridiana per il quale è obbligatoria la pre-iscrizione, ha un costo di € 35.000 per i soci Aniarti e 50.000 per i non soci e dà diritto al kit per appunti, dispense, e attestato di partecipazione. Il corso non prevede valutazione finale. L'iscrizione è aperta a infermieri, medici e operatori del volontariato.

Elena Anselmi - Infermiera, Azienda Ospedaliera di Verona, Unità Cure Intensive Cardiologiche
 Enrico Vallaperta - Infermiere, Azienda Ospedaliera di Verona, SRAU di Anestesia e Rianimazione "A"
 Sandro Baldo - Infermiere, Azienda Ospedaliera di Verona, SUEM 118 - Verona Emergenza

Rianimazione cardiopolmonare nella persona anziana: un problema etico o metodologico?



La rianimazione cardiopolmonare, ovvero il "supporto artificiale della funzione respiratoria e cardiocircolatoria", che è un insieme di manovre semplici da eseguire, è stata inizialmente concepita per essere impiegata soltanto nei casi di arresto cardiopolmonare sicuramente reversibile¹. Attualmente è diventata una pratica molto diffusa, e questo, se da una parte ha nettamente migliorato l'outcome dei pazienti colpiti da arresto cardiaco², dall'altro ha provocato tutta una serie di nuovi problemi ed interrogativi etici: *Una persona anziana va rianimata? Quando è lecito od obbligatorio rianimare un anziano? Può un paziente, o chi per lui, rifiutare la rianimazione o farla interrompere?*

Obiettivo di questo articolo, è quello di confrontare i principali lavori che si trovano in letteratura riguardo all'argomento per dare delle risposte, con basi scientifiche, alle domande precedenti.

Rianimazione ed etica

La rianimazione cardiopolmonare, come tutti gli atti sanitari, dovrebbe rispondere a quattro principi etici:

- essere per il bene del paziente;
- non nuocergli;
- rispettarne la dignità e l'autonomia decisionale;
- adeguarsi ad una giusta distribuzione di mezzi e risorse.

Quindi si deve cercare una armonizzazione tra i "costi" (rischio, disagio fisico e psicologico) e i "benefici" (prolungamento della vita), cosa che spesso si presenta come molto problematica anche perché i tempi decisionali sono spesso cortissimi³.

Ai primi due interrogativi si può rispondere che i pazienti da rianimare sono tutti quelli per cui sia fondata la speranza che le manovre possano essere di aiuto, tenendo però in considerazione la volontà del paziente. Il malato, infatti, ha la possibilità di rifiutare una

cura che gli sembri troppo dolorosa o comunque sproporzionata ai risultati previsti. Nei pazienti privi di coscienza, il consenso si suppone implicito nel loro stesso essere (che non sempre è essersi!) affidati alle cure dei sanitari.

Per ciò che concerne il terzo interrogativo (*Può un paziente, o chi per lui, rifiutare la rianimazione o farla interrompere?*) se il malato è ancora in condizioni di poter prendere una decisione responsabile, può rifiutare o far sospendere la rianimazione in corso; accade molto spesso, però, che il malato non sia in condizioni di poter compiere una scelta cosciente e responsabile, in tal caso la possono compiere in piena legittimità i suoi parenti (in quanto più diretti rappresentanti dei suoi interessi); in assenza di parenti, il malato potrebbe essere rappresentato da amici o conoscenti⁴. Se risultassero assenti pure gli amici, è il medico stesso che dovrebbe assumersi la responsabilità di non iniziare, o interrompere, la rianimazione; questo tenendo ben a mente la volontà e i desideri del paziente "per il quale il medico agisce".

Poiché si deve rispettare e tutelare la qualità umana della morte, è da escludere una terapia di rianimazione quando serva soltanto a prolungare in maniera artificiosa e violenta il processo del morire. In altre parole è da evitare quello che si suole chiamare "accanimento terapeutico"⁵ e che si potrebbe definire come: "ostinazione a portare avanti terapie che sicuramente non avranno risultati per la guarigione del paziente, anzi diventano gravose per il malato stesso".

La rianimazione nell'anziano

Nonostante non sia possibile dare delle indicazioni di ordine etico così dettagliate da costituire una soluzione di tutti i possibili casi, si possono fare alcune considerazioni applicabili al paziente geriatrico:

- non è eticamente consentita l'interruzione delle manovre rianimatorie con

lo scopo di porre termine all'esistenza del paziente (eutanasia passiva); non è eticamente praticabile neppure in caso di persona consenziente;

- la sospensione o riduzione della terapia rianimatoria può essere considerata qualora il continuarla provochi al malato sofferenze più grandi rispetto ai benefici sperati;
- quando la morte del paziente è ormai inevitabile, è consentita la rinuncia a trattamenti che servirebbero solo a prolungare artificialmente il processo della morte. Non si deve però far mancare al paziente la normale terapia (analgesici, ossigenoterapia, fleboclisi, ...).

Un errore che si fa molto spesso è quello di non rianimare un paziente anziano perché "ormai è vecchio" e quindi non ce la farà a recuperare e sopravvivere in condizioni accettabili. Questa impostazione del problema è completamente sbagliata, infatti è stato dimostrato sia che non vi sono sostanziali differenze di sopravvivenza tra le persone giovani e quelle anziane senza polipatologia, sottoposte a rianimazione cardiopolmonare, sia che il livello funzionale di una persona molto anziana (oltre gli 85 anni) è spesso paragonabile a quello di un sessantacinquenne (Fig. 1). Mentre pazienti anziani con polipatologia o con una patologia grave non rispondono bene alla rianimazione cardiopolmonare, la maggior parte dei sopravvissuti alle manovre rianimatorie possono tornare ad un normale stile di vita con una buona prognosi a lungo termine⁶.

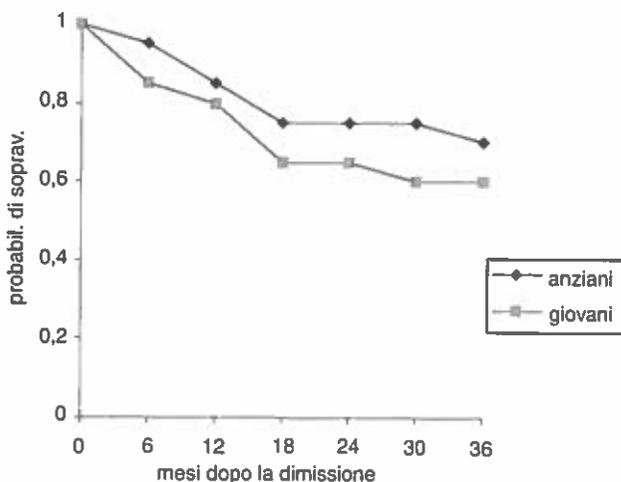


Figura 1. Paragone della sopravvivenza a lungo termine tra i due gruppi di età

L'età, in ogni caso, deve essere considerata come un fattore contribuente al successo delle manovre rianimatorie. Infatti la riserva fisiologica di molti organi diminuisce con l'avanzare dell'età, specialmente se associata a malattie acute⁷. Alcuni studi^{8,9,10,11} suggeriscono che l'età non è l'unico fattore che influenza la sopravvivenza dopo la rianimazione cardiopolmonare, ma incidono molto sull'outcome anche le patologie concomitanti¹².

Privare pazienti ospedalizzati dei benefici della rianimazione unicamente sulla base dell'età, quindi, non sembra giustificato, mentre è più che giustifica-

gie del sistema nervoso^{13,14}.

In uno studio condotto a Boston nel 1981 e il 1982 sono stati analizzati 294 casi di arresto cardiaco in un reparto di cardiologia. La coorte di pazienti comprendeva 160 uomini e 134 donne, con un'età variabile dai 18 ai 101 anni (media 65 anni). I risultati dello studio sono sintetizzati nella figura 2.

Nello studio è stata correlata anche l'età della persona sottoposta al trattamento rianimatorio, fatto precedentemente era considerato un predittore di una prognosi sfavorevole dopo una rianimazione. Lo stu-

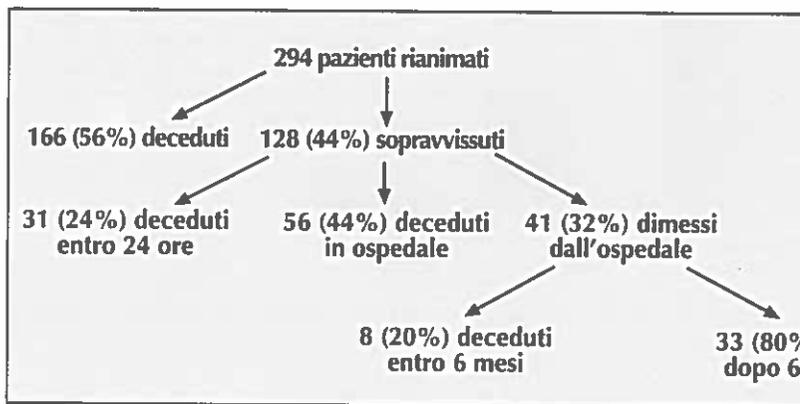


Figura 2. Outcome di 294 persone rianimate durante il periodo di studio

bile farlo quando non è possibile intervenire subito dopo l'arresto cardiocircolatorio. In diversi studi, infatti, è stato dimostrato che le persone anziane sono particolarmente vulnerabili all'anosmia a causa della grande frequenza di patolo-

essendoci sostanziali differenze come tra pazienti sotto i 75 anni e quelli sopra i 75. Uno studio recente, ha evidenziato che l'età è un predittore di prognosi sfavorevole come invece lo è la patologia concomitante.

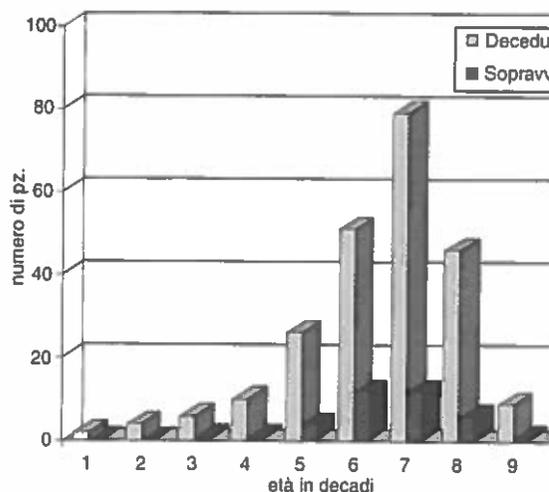


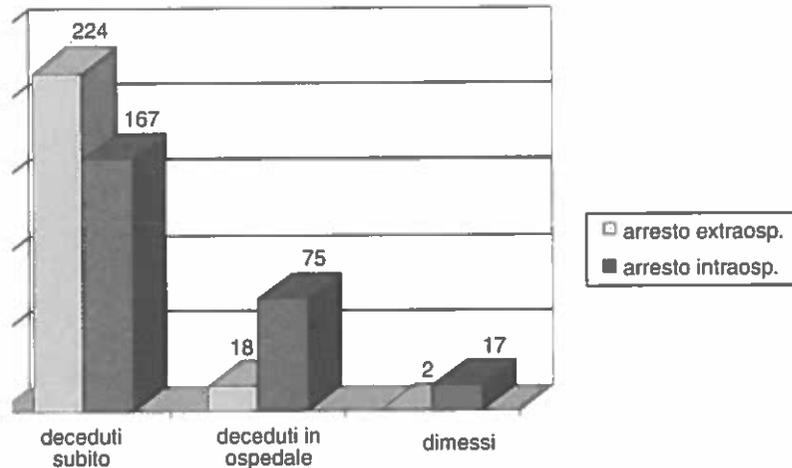
Figura 3. Distribuzione dell'età, in decenni, della coorte di pazienti

arresto cardiaco avviene in te extraospedaliero, la rianima- el paziente anziano è raramente (come, del resto, quella nel e giovane). In uno studio retro- svolto a Boston da Murphy¹⁶ su sone con più di 70 anni sottopo- anovre rianimatorie, 112 (22%)

Questi dati, che sono in accordo con quelli di Bachman¹⁷, confermano che la rianimazione cardiopolmonare negli anziani è raramente efficace quando iniziata fuori dall'ospedale, principalmen- te per la difficoltà di intervenire in tempi rapidi.

I dati dello studio di Murphy¹⁶ tracciano

mano che la colpa di questi sconsolanti risultati non è da attribuire alle perso- ne anziane perché tali, ma al sistema di emergenza medica di Boston che non è interessato a salvarle. I due autori, inol- tre, a conferma delle loro affermazioni, hanno presentato uno studio retrospetti- vo svoltosi nell'area suburbana di King Country tra il 1975 e il 1989. Sono stati anlizati 5780 casi di arresto cardiaco extraospedaliero con rianimazione cardiopolmonare, di questi 1545 (26%) hanno interessato persone con più di 75 anni. La percentuale dei dimessi vivi in questo gruppo è stata del 9% contro il 22% delle persone sotto i 75 anni. Si può quindi affermare che la sopravvi- venza all'arresto cardiaco in ambiente extraospedaliero nei pazienti anziani può differire drammaticamente da città a città, a seconda dell'organizzazione del servizio di emergenza medica¹⁹.



Outcome di pazienti di età >69 anni sottoposti a rianimazione cardiopolmonare in ambiente extraospedaliero

sopravvissute inizialmente, ma (3,8%) sono state dimesse dal- ale. Solo 2 (0,8%) dei 244 pa- on arresto cardiaco extraospeda- no sopravvissuti, mentre, dei 259 resto cardiaco intraospedaliero, %) sono stati dimessi vivi.

un quadro sconsolante; si ha l'impres- sione, infatti, che la rianimazione della persona anziana fuori dall'ospedale sia praticamente inutile (2 su 244 persone salvate).

Questi dati sono stati duramente criti- cati da Larsen e Eisenberg¹⁸ i quali affer-

Quando non iniziare una rianimazione

Le manovre rianimatorie non dovreb- bero mai essere intraprese quando ser- vono solo a prolungare la vita in un paziente con malattia terminale o incu- rabile; la decisione di non rianimare, però, dovrebbe seguire dei criteri che richiedono una frequente revisione²⁰. Mentre negli Stati Uniti esistono delle linee guida per decidere di non rianimare emanate dall'American College of Emergency Physicians²¹, in Italia non ci sono indirizzi ben precisi su come comportarsi, e ogni decisione è lasciata alla discrezionalità del singolo medico.

In linea di massima, comunque, quando la morte si presenta come incombenza inevitabile, una corretta prognosi sem- plifica le decisioni in tutti quei casi in cui è richiesta la decisione di intrapren- dere, o meno, una rianimazione cardio- polmonare²².

Confronto tra realtà italiana e americana

La differenza sostanziale tra la realtà italiana e quella americana è che, men- tre in Italia il silenzio del paziente viene considerato "silenzio assenso" senza considerare le volontà dell'interessato, in America ogni persona può decidere come dovranno comportarsi i sanitari quando non si è più in grado di prende- re decisioni (per esempio alla fine di una malattia terminale).

Questa differenza sembra essere di poco conto, invece è molto importante per la gestione, da parte di medici ed

Caratteristiche	Arresto extra-osp. (n = 244)	Cardiaco intra-osp. (n = 259)
Età (anni)		
70 / 79	126 (51.6)	159 (61.4)
80 / 89	97 (39.8)	89 (34.4)
90 / 103	21 (8.6)	11 (4.2)
Sex		
Maschio	130 (53.3)	108 (41.7)
Femmina	114 (46.7)	151 (58.3)
Luogo prima dell'arresto		
Abitazione	200 (82.0)	179 (69.1)
Casa di riposo	40 (16.4)	7 (2.7)
Casa di cura (cronici)	1 (0.4)	73 (28.2)
Sconosciuta	3 (1.2)	0 (0.0)

1. Caratteristiche delle 503 persone sottoposte a rianimazione cardiopolmonare nello studio di Murphy

infermieri, del paziente quando le condizioni di questo si aggravano. In Italia la decisione di intraprendere o meno una rianimazione cardiopolmonare viene presa dal medico dopo aver sentito il parere dei familiari, senza avere l'obbligo di seguire le indicazioni fornite dal malato prima di morire; in America, invece, chiunque può sottoscrivere un documento di "Do not resuscitate", decidendo, di fatto, quando non essere rianimato. Questo documento da noi non è previsto, e, nonostante la Costituzione confermi che nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario senza il proprio consenso (art. 32), l'art. 54 del Codice Penale prevede "lo stato di necessità", rendendo valida la teoria del silenzio assenso che permette al operatore sanitario di decidere quando rianimare qualsiasi paziente.

Conclusioni

Da questa ricerca bibliografica è risultato evidente come l'età, quando non accompagnata da polipatologia o patologia grave, non è discriminante per la

buona riuscita di un intervento rianimatorio. Molto complesso, però, è individuare quali sono i pazienti da escludere da questo trattamento, anche a causa della nostra legislazione che non vincola l'operatore a seguire le indicazioni date dalla persona quando ancora cosciente e vigile.

Noi riteniamo, pertanto, che sia di fondamentale importanza l'individuazione di alcune linee guida, di carattere sia sanitario che etico, che permettano di valutare quali siano i pazienti da non rianimare; linee guida che dovrebbero essere riviste di frequente (a causa dei continui progressi nel campo sanitario) e che possono essere adattabili ai singoli casi.

Un altro elemento messo in evidenza dagli studi analizzati è l'importanza della tempestività con cui devono essere attuate le manovre rianimatorie, pertanto sarebbe auspicabile che l'infermiere, e il medico, fossero in grado di riconoscere senza indugio i sintomi di arresto cardiorespiratorio e di praticare correttamente una rianimazione cardiopolmonare di base.

Bibliografia

- 1 De Toni, A. In: *Salute scienza* 1995 Firenze. Ed. Rosini.
- 2 Paraskos, M et al. Ethical consi resuscitation. *JAMA*. 1992; 26:
- 3 Digito, A. et al. L'approccio i non rianimabile. *Rivista medic ca*. 1994: 14-17
- 4 Perico, G. In: *Problemi di etic*. 1985 Milano. Ed. Ancona
- 5 Furlan, M. In: *Etica profess infermieri*. 1985 Padova. Ed. P
- 6 Tresch, D. et al. *Cardiopulmon tation in elderly patients hosp: the 1990: a favorable outco* Geriatr Soc. 1994; 42: 137-14
- 7 Rowe, JW. et al. In: *Health anc old age*. 1982 Boston. Little, I company.
- 8 Bedell, SE. et al. *Survival after monary resuscitation in the I Engl J Med*. 1983; 309: 569-5:
- 9 Messert, B. et al. *Cardiopulmc scitation: perspectives and Lancet*. 1976; 2: 410-412
- 10 Fusgen, I. et al. *How much sei in an attempt to resuscitate ar son?* Gerontology. 1978; 24: 3
- 11 Linn, BS. Et al. *Cardiac arrest ar tric patients*. *Br Med J*. 1970; 2:
- 12 Hershey, CO. et al. *Why outcc diopulmonary resuscitation i wards is poor*. *Lancet*. 1982; 2
- 13 Myeberg, RJ. et al. In: *Suddi death*. 1985 Philadelphia. F.A.
- 14 Podrid, P. *Resuscitation in the blessing or a curse?* *Ann Int* 1989; 111, 3: 193-195
- 15 Bedell, S. et al. *Survival after monary resuscitation in the I Engl J Med*. 1983; 309: 569-70
- 16 Murphy DJ. *Outcomes of car nary resuscitation in the elc Intern Med*. 1989; 111, 3: 199
- 17 Bachmann, JW. et al. *A study hospital cardiac arrest in ne Minnesota*. *JAMA*. 1986; 256:
- 18 Larsen, MP. *Cardiopulmonary tion in the elderly*. *Ann Int* 1990; 113, 5: 408-409 (letter)
- 19 Eisemberg, MS. et al. *Cardiac resuscitation: a tale of 29 c Emerg Med*. 1990; 19: 179
- 20 Harrison. *Principi di medicir* 1993 Milano. Ed Mc Graw Hil
- 21 ACEP. *Guidelines for "Do Nc tate" orders in the prehospi* *Ann Emerg Med*. 1988; 17: 11
- 22 O'Hara, M. et al. *Guida p: geriatria*. 1993 Roma. A. Delfi

anarti



associazione nazionale infermieri di area critica

SCENARIO

II Convegno Regionale dell'Umbria

**infermiere
di area critica
in umbria,
esperienze a confronto.**

PERUGIA
19 maggio 2000

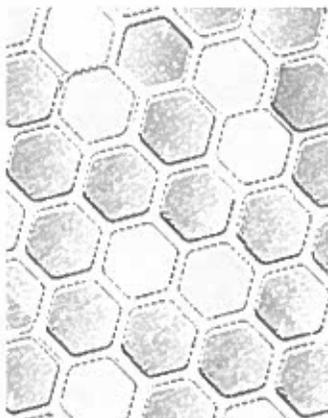
Sala Congressi Grifo - presso Park Hotel

Via A. Volta, 1 - Ponte San Giovanni (Pg)
Tel. 0755 990 444 - Fax 0755 990 445

Patrocinio Coordinamento Collegi IPASVI dell'Umbria

Paola Borella, Anna Vigorelli, Davide Sciaravel - Infermieri
Giuseppe Rodi - Medico
Servizio di Anestesia e Rianimazione I - IRCCS - Policlinico San Matteo - Pavia

Assistenza Infermieristica in corso di lavaggio polmonare massivo in proteinosi alveolare: presentazione di una esperienza



La Proteinosi Alveolare (PA) è una rara pneumopatia, poco descritta in letteratura, che predilige soggetti di sesso maschile, di giovane età, caratterizzata dal depositarsi negli alveoli e nei bronchioli di materiale amorfo insolubile, granulare, proteico, ricco di fosfolipidi e PAS positivo (positività alla colorazione con PAS).

La PA fu descritta, per la prima volta, nel 1958 e a tutt'oggi, dopo oltre trent'anni, non è ancora completamente chiara l'eziopatogenesi.

Solitamente la PA non si presenta associata ad altre pneumopatie (PA primaria o classica); in alcuni casi, si trova unita ad altre forme morbose (infezioni, compromissione del sistema immunitario, esposizioni a polveri di silicio, alluminio, titanio, assunzione di alcuni farmaci esempio Amiodarone).

Nelle forme secondarie, vi è interessamento dei reni e del fegato, come sedi di accumulo del materiale anomalo con presenza di fibrosi interstiziale.

Sintomatologia ed esami diagnostici

Alla diagnosi, circa un terzo dei soggetti è asintomatico, mentre i rimanenti evidenziano, come sintomi principali, dispnea da sforzo, calo ponderale, astenia; la febbre che è raramente presente, fa generalmente sospettare una sovrapposizione batterica.

L'esame obiettivo ed auscultatorio del torace fornisce pochi elementi diagnostici, mentre il quadro radiografico mostra una tipica immagine ad "ali di farfalla" senza presenza di linfadenopatia ilare o mediastinica.

Spesso associata a RX è effettuata una TAC.

Le prove di funzionalità respiratoria evidenziano una sindrome restrittiva di grado variabile, riduzione della PaO_2 , $PaCO_2$ ed un'alcalosi respiratoria da iperventilazione.

La diagnosi di certezza della PA può

essere posta mediante BAL (Lavaggio Bronco Alveolare) e biopsia polmonare.

Terapia

Le scelte terapeutiche dipendono dal grado di compromissione funzionale e dal decorso clinico.

Sono state proposte differenti terapie:

- terapia corticosteroidica
- terapia con farmaci mucoattivi
- terapia aerosolica con farmaci ad azione proteolitica
- terapia con cicli ripetuti di BAL

Solo il Lavaggio Bronco Alveolare massivo è universalmente accettato e ritenuto di sicura efficacia.

Lavaggio polmonare massivo

Obiettivo

Rimozione di complessi formati da fosfolipidi di origine alveolare e proteine, presenti in eccesso negli spazi alveolari.

Materiale occorrente

- Letto bilancia, o bilance da poter applicare al letto.
- Ventilatore meccanico dotato d'erogatore per gas anestetico (Isoflurano).
- Monitoraggio emodinamico (ECG, PA, Press. Art. Polmonare, TC, Portata Cardiaca) e ventilatorio ($ETCO_2$, PO_2 , curve di pressione e di flusso delle vie aeree).
- Broncoscopio pediatrico e da adulti con fonte luminosa.
- Defibrillatore.
- Farmaci (Tiopentale, Salbutamolo, Morfina, Bromuro di Vecuronio).
- Filtro per assorbimento vapori anestetici eliminati dal ventilatore.
- Occorrente per intubazione orotracheale e bronchiale selettivo.
- Pompe infusionali (volumetriche - siringa).
- Occorrente per incannulazione vena periferica, cateterismo cardiaco destro, cateterismo arterioso.

- Stetoscopio esofageo.
- Riscaldatore per il liquido di lavaggio.
- Sacche di soluzione fisiologica sterile.
- Set sterile per infusione e drenaggio soluzione fisiologica di lavaggio.
- Recipiente graduato di raccolta.
- Provette per esame chimico fisico.
- Occorrente per cateterismo vescicale e SNG.
- Coperta termica.
- Presidi anti decubito.

Accettazione del paziente

Generalmente, il ricovero del paziente è programmato (tenendo conto delle esigenze di reparto) ed avviene qualche ora prima dell'inizio della procedura.

In questa fase è importante rassicurare il paziente che può sentirsi angosciato dall'ambiente in cui è introdotto.

Il paziente è sottoposto a controllo elettrocardiografico, ematochimico ed eventualmente radiografico, se non è già stato eseguito precedentemente; esprime il consenso informato all'esecuzione della procedura.

Preparazione del paziente e procedura

- Incannulazione vena periferica.
- Intubazione con tubo endotracheale, previa induzione con Tiopentale e curarizzazione con Vecuronio; l'anestesia è mantenuta con Isoflurano e morfina, mentre la miorelaxazione è assicurata dal Vecuronio.
- Posizionamento SNG e stetoscopio esofageo.
- Incannulazione arteriosa.
- Incannulazione venosa centrale cui segue cateterismo cardiaco destro.
- Sostituzione tubo tracheale con tubo selettivo sinistro (o più raramente destro).
- Valutazione fibroscopica tracheo-bronchiale.
- Valutazione tenuta cuffia con valvola ad acqua.
- Valutazione di EGA, meccanica respiratoria, emodinamica a differenti livelli di F_iO_2 in ventilazione bipolmonare e monopolmonare, il che permette di identificare il polmone da sottoporre per primo a lavaggio (in genere quello capace di minor prestazione).
- Posizionamento del paziente in decubito laterale, con il polmone da ventilare in posizione dipendente, a F_iO_2 100% ("denitrogenazione": eliminazione dell'Azoto).

Dopo aver eseguito tutte le manovre precedentemente descritte si può procedere alla ventilazione monopolmonare, quindi al lavaggio stesso con soluzione

fisiologica preriscaldata a 36-37 °C mantenendo un livello di circa 30 cm con il polmone da lavare avendo cura di eliminare l'aria del circuito di lavaggio attraverso un "priming" che sostituisce con fisiologica l'aria della CFR (capacità funzionale residua) del paziente.

Il lavaggio è eseguito con l'infusione di boli di circa 500 ml di soluzione, per un totale di circa 25 litri per polmone.

Ad ogni bolo segue il recupero del liquido infuso; successivamente in una fase più avanzata della procedura, quando la soluzione di lavaggio recuperata è meno ricca di materiale anomalo, si iniziano le percussioni toraciche, effettuate sia nella fase di infusione sia nella fase di recupero del liquido.

Durante il recupero dei primi boli di lavaggio saranno raccolti campioni del liquido; ciò permetterà di eseguire esami chimici, colturali e di altro tipo.

Terminato il lavaggio del primo polmone, si aspira il liquido residuo, per quanto possibile.

In seguito il paziente è posto in decubito supino in ventilazione bipolmonare.

Quando possibile, lo stesso giorno o, se le prove di ventilazione monopolmonare sul polmone lavato non portano ad un'ossigenazione accettabile, il giorno successivo è ripetuta tutta la procedura sull'altro polmone; ovviamente ponendo il paziente in decubito controlaterale.

Terminato anche il lavaggio del secondo polmone, si sostituisce il tubo selettivo; ciò permette anche di controllare in fibroscopia la presenza di eventuali lesioni a livello delle vie aeree, soprattutto all'imbocco bronchiale.

Si esegue RX torace di controllo e dopo circa dodici ore di ventilazione con PEEP convenzionale, nei casi più tranquilli, il paziente è estubato.

Durante il lavaggio sono costantemente mantenuti sotto controllo i seguenti parametri:

- PA
- "rumori" a livello esofageo (con stetoscopio esofageo).
- TC e temperatura soluzione di riscaldamento sacche di fisiologica.
- Pressioni polmonari.
- Saturazione periferica.
- $ETCO_2$.
- Peso del paziente.
- Frequenza cardiaca.
- Volume di boli di liquido infuso

Il tempo totale per un lavaggio polmonare massivo è di circa dodici ore.

Complicanze

Ipossemia ⇒ legata a ven monopolmonare su polmone pz. Questa complicanza è prevenibile:

- utilizzo F_iO_2 elevate
- precedenza di lavaggio al più compromesso
- utilizzo di eventuale PEEP

Allagamento polmone ventilato sequenza di una imperfetta tenuta del sistema, prevenibile con:

- controllo fibroscopico tubo tracheale selettivo
- controllo sistema di lavaggio utilizzo di valvola ad acqua.

Può essere riconosciuto precocemente mediante: a) l'uso continuo dello stetoscopio esofageo e di quello del polmone ventilato; b) l'osservazione delle curve di pressione e di flusso delle vie aeree; c) un corretto bilancio di entrata ed uscita sui singoli vasi del liquido infuso.

Traumatismo delle vie aeree ⇒ causato dal tubo bronchiale selettivo che gonfia o da spirometri effettuati non correttamente.

Idrotorace ⇒ complicanza occasionale che si può verificare a livello del polmone sottoposto precedentemente a lavaggio; può essere sospettato in caso di squilibrio del bilancio idrico. Il volume di lavaggio normale di 25 litri è di 1 litro, il bilancio tra entrata ed uscita di liquido di lavaggio non supera i 100 ml.

Squilibri idro-elettrolitici ⇒ provocati dal lavaggio; vi è una perdita di bicarbonato e potassio che vanno reintegrati al paziente. A fine lavaggio è effettuato uno stimolo diuretico per diminuire la ritenzione idrica.

Ipotermia ⇒ provocata dai lavaggi troppo freddi e dalla conseguente dispersione di calore; occorrono il monitoraggio continuo della temperatura corporea del paziente e della temperatura della soluzione infusa (36°C). Si possono utilizzare coperte riscaldanti per prevenire questa complicanza.

Problematiche infermieristiche

La pratica del lavaggio massivo del polmone con la presenza costante di un lavaggio di polmone sia nella prima fase di prelavaggio, sia nella vera e propria fase di lavaggio.

nte tutta la procedura si deve
e una stretta collaborazione tra
e infermieristica e medica in
la garantire una buona riuscita
atica.

e manovre cruento cui il pazien-
toposto devono essere eseguite
ente con materiale sterile e con
e asettiche in modo da garantire
nte il minor rischio infettivo.

nte la procedura occorre tener
e che il soggetto potrebbe decu-
data la postura obbligata cui è
sto), da qui l'utilizzo di materia-
di e manovre atte a prevenire ed
e il formarsi di queste lesioni
erassini ad acqua o aria, placche
olloidi, frizioni).

e il rischio di possibili lesioni a
della trachea, non è da sottovalu-
r questo è doveroso, durante le
e di mobilizzazione dell'amma-
certarsi che la cuffia bronchiale
fia.

L'infermiere deve garantire al pazien-
te, sino a quando rimarrà cosciente, un
buon supporto psicologico, risponden-
do in maniera chiara e semplice a tutte
le domande sia del paziente stesso sia
dei suoi familiari.

Statistica

Dal mese di Gennaio 1990 al mese di
Marzo 1999 sono stati effettuati, presso il
nostro Servizio numero 17 WLL (Whole
Lung Lavage = Lavaggio Polmonare
Massivo) su 12 pazienti di cui:

- terapia 1 paziente ⇒ n. 4 WLL
- terapia 2 pazienti ⇒ n. 2 WLL
- terapia 9 pazienti ⇒ n. 1 WLL

Ogni WLL è stato eseguito nel tempo
previsto di 12 ore ad eccezione di due casi:
- il primo caso riguarda un paziente
con problemi alla mucosa bronchiale
sinistra per cui il lavaggio del secondo
polmone è stato effettuato ad un mese
di distanza dal primo;

- il secondo caso, invece, riguarda un pa-
ziente con gravi problemi di ossigenazio-
ne monopolmonare per cui è stato effet-
tuato il lavaggio del polmone più com-
promesso ed a distanza di 24 ore è stato
sottoposto a lavaggio l'altro polmone.

Questo lavoro è da considerarsi una
"linea guida" per l'attività di reparto,
utile a standardizzare le pratiche infer-
mieristiche facendo conoscere la
"Proteinosi Alveolare ed il conseguente
Lavaggio Polmonare" a colleghi e stu-
denti Infermieri.

Riferimento

- "DOSSIER" - Proteinosi Alveolare - Roberta
Alesina, Agostino Barella (Istituto di
Tisiologia e dell'Apparato Respiratorio -
IRCCS - Policlinico San Matteo - Pavia).



ANIARTI - CAMPANIA VI Convegno Regionale

IL PROFESSIONISTA INFERMIERE NELLA SANITÀ CHE CAMBIA. RUOLO, COMPETENZE E RESPONSABILITÀ

corso di aggiornamento

Napoli 22-23-24 Maggio 2000
A.O.R.N. di Alta Specializzazione

Aula Magna Ospedale Monaldi

Per iscrizioni ed informazioni:

Giuseppe Bianchi - Delegato Regionale ANIARTI - Tel. 081/254.2740/73 - Osp. Loreto Mare - ASL NA 1
Concetta D'Acunto - Delegato Regionale ANIARTI - Tel. 081/768.62.48/210 - Osp. San Paolo - ASL NA 1
Tonia De Crescenzo - Delegato Regionale ANIARTI - Tel. 081/7472928 - A.O.R.N. A. Cardarelli

La quota comprende:

- Iscrizione al Convegno
- Kit congressuale
- Attestato di partecipazione

La certificazione professionale



Obiettivo:

Definire e dibattere sulla relazione esistente tra certificazione, competenza e accreditamento del professionista infermiere tenendo conto:

- Della Legge Delega n. 419/98 e decreto legislativo per la 30 riforma del Servizio sanitario nazionale (D.L.gvo n. 229/99)
- Del CCNL 1998 - 2001 contratto di lavoro del comparto sanità
- Della formazione permanente aggiornamento

Si può considerare l'accREDITAMENTO professionale infermieristico come un processo influenzato da tre aspetti fondamentali:

1. dimensione sociale, culturale e politica del paese in cui il processo sviluppa;
2. filosofia, logica e struttura del servizio sanitario del paese;
3. cultura professionale espressa dagli infermieri.

Assumono particolare importanza, tra i fattori caratterizzanti i processi di accreditamento:

1. il finanziamento dei livelli di assistenza (il tipo di finanziamento, sia esso pubblico, privato, misto);
2. l'autonomia decisionale degli utenti;
3. il riconoscimento dell'autonomia stessa all'interno dei singoli paesi;
4. gli investimenti in risorse umane e nella ricerca.

Il Consiglio dell'Unione Europea attraverso la Raccomandazione UE (97) 17, da poco tempo considerata dal nostro paese, propone delle indicazioni per definire dei meccanismi di programmazione e verifica dei livelli di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Questo documento, partendo dalla considerazione che il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria è una materia relativamente nuova e non completamente sviluppata, propone delle indicazioni sugli elementi importanti per lo sviluppo, tra cui compaiono:

1. l'eccellenza professionale e l'uso efficiente delle risorse;
2. i buoni risultati assistenziali;
3. il ruolo degli operatori;
4. l'*empowerment* dei pazienti;
5. la maggiore affidabilità delle professioni e delle organizzazioni sanitarie.

L'eccellenza professionale è inserita, anzi costituisce una chiave di volta, nel processo destinato al miglioramento delle cure.

Il processo di valutazione, con un carattere strutturale e sistematico, deve essere parte integrante e permanente del lavoro quotidiano di tutte le professioni coinvolte nelle attività sanitarie.

La raccomandazione indica che l'esperienza dimostra come la qualità dell'assi-

stenza si promuova meglio rinfacendo opportunità degli operatori sanitario-valutazione e all'auto-regolazione, piuttosto che imponendo lo punitivo di controllo.

Evoluzione

Nella Carta di Riccione, descrive l'accREDITAMENTO prof come un *enzima* per l'aumento qualità delle prestazioni sanitarie.

Questo *enzima* è stato ideato nei primi anni del 1900 per l'esercizio di una forma di controllo coercitiva sugli ospedali, per assicurare un giusto riconoscimento professionale e per dirigersi verso un diffuso miglioramento della qualità dell'assistenza.

Esso viene studiato negli US nel 1912 da alcuni chirurghi dell'*College of Surgeon* che iniziarono ad interrogarsi sull'argomento; nel 1917 vengono definiti i primi minimi.

Nel 1952 nasce la *Joint Commission of Accreditation Hospitals* (JCAH) organismo di natura volontaria a scopo di lucro e non governativo con l'obiettivo di creare ed applicare *standard* e di condurre attività di accreditamento.

Nel 1958, in Canada, viene creata una commissione che riceve come riconoscimento l'autorizzazione all'accREDITAMENTO di organizzazioni ospedaliere.

Nel 1960 in Australia alcune organizzazioni professionali danno origine ad un'organizzazione non governativa dal 1974 ha un'operatività. Questo evento ha promosso in Italia il dibattito sull'argomento.

Nel 1979, per iniziativa di alcuni infermieri, nei Paesi Bassi nasce l'Istituto per la qualità dell'assistenza sanitaria) un consorzio costituito da associazioni professionali, da rappresentanti delle assicurazioni private e del governo, con l'obiettivo di un miglioramento continuo della qualità. Questo è l'inizio della diffusione di questo *enzima* nel vecchio continente.

In Gran Bretagna, infatti, nel 1988 nasce il *King's Fund Centre*. Esso promuove la sperimentazione di un accREDITAMENTO, con adesione volontaria, per valutare le attività assistenziali

assistenza sanitaria con l'obiettivo di promuovere l'autovalutazione dei servizi sanitari stessi, fornendo supporto e uno status di accredi-

ressante rilevare che, in questo caso, veniva dato un forte peso alle strutture. Questo sviluppo è orientato dalla necessità di promuovere la qualità delle organizzazioni ma, nel frattempo, venivano assunti nuovi significati per il ruolo, sentito dai governi, di avere informazioni e garanzie, sulla qualità dell'assistenza.

Il nostro paese oggi esistono una pluralità di organismi che offrono sistemi di accreditamento professionale ed ognuno di essi ha una sua importanza, un ruolo; ogni singolo "accreditamento" quindi una rilevanza diversamente allo status dell'organizzante.

La certificazione americana degli infermiere in emergenza (ENA-Emergency Association) si è posta delle finalità sulla certificazione (nella pratica) alle quali ha dato delle risposte esaurienti.

Si ritengono brevemente quelle ritenute significative.

significa certificazione?

È il più elevato livello nella certificazione, valutazione, insegnamento e collaborazione; un'elevata autostima; unirsi per lo sviluppo personale e seguire nella crescita professio-

significa certificazione per i clienti, le istituzioni e la professione?

Definizione:
 Clienti: validazione di conoscenze avanzate di quelle di base.
 Istituzioni: garanzia della professionalità degli operatori per la qualità delle cure e per dimostrare di uno staff qualificato.
 Professione: dimostrazione di professionalità e dell'apprendi-

diversi documenti vi è consenso sui punti centrali; si sostiene che è attivo che si vuole raggiungere è quello di migliorare la qua-

lità delle cure (nel senso di efficacia ed appropriatezza), allora l'accreditamento professionale non può essere altro che condotto e realizzato con la *revisione tra pari*, attraverso un processo di tipo *volontario* e non coercitivo.

Esso, inoltre, non dovrebbe puntare ai livelli minimi di prestazione ma all'*eccellenza*, poiché la qualità dell'assistenza è fortemente influenzata dalla competenza dei professionisti.

Da più parti si pone l'accento sul fatto che l'accreditamento professionale aumenta le *possibilità di lavoro* e di spendibilità della professionalità e, non ultimo, aumenta le *possibilità di progressione economica* degli infermieri certificati.

Altri elementi indispensabili sono la coesione e la coerenza interna tra i diversi elementi dei diversi sistemi di accreditamento, siano essi professionali o istituzionali; viene comunque ribadito come quello istituzionale dovrebbe avere una caratteristica di autorizzazione all'esercizio e dovrebbe essere pressoché obbligatorio, mentre quello professionale volontario e all'eccellenza.

Risulta rilevante, quindi, la regolamentazione di tutto il processo di accreditamento professionale, nel più generale processo di accreditamento delle strutture.

Bibliografia

1. Casati M., *Accreditamento della libera professione*, relazione presentata al corso di aggiornamento "Libera professione: prospettive per l'infermiere" organizzato dal Collegio IPASVI di Bergamo, 25 novembre 1997
2. Ceriani G., *La qualità nei servizi sanitari*, relazione tenuta alla giornata di studio "Certificazione ISO 9000 e accreditamento quali ricadute sulla professione infermieristica?", Collegio IPASVI di Bergamo, 29 settembre 1999
3. Chemin C., *Accréditation conseils et mode d'emploi*, Soins, 1998; (631): 49-52
4. Colombo N., Orlandi C., *Accreditamento e certificazione*, relazione tenutasi alla omonima giornata di studio organizzata dal Collegio IPASVI di Bergamo, 17 febbraio 1999
5. Di Giulio P., *Significato e caratteristiche dell'accreditamento professionale*, relazione tenuta alla giornata di studio "Certificazione ISO 9000 e accreditamento quali ricadute sulla professione infermieristica?", Collegio IPASVI di Bergamo, 29 settembre 1999
6. Fawcett-Henesey A., *Qualità e accreditamento*, Foglio Notizie, 1998; (2): 69-70

7. Fiamminghi M., *Accreditamento professionale*. L'infermiere Dirigente, 1998; 4 (3): 12-8
8. Fiamminghi M., *Certificazione/Accreditamento*, Atti del corso di aggiornamento "Progetto obiettivo organizzazione" organizzato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1998
9. Fiamminghi M., *La qualità, l'accreditamento, le competenze*, Atti del XVII Congresso nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Rimini ottobre 1999
10. Filippi M., *Accreditamento professionale*, L'infermiere dirigente, 1998; 4 (3): 3-5
11. Giebing H., *Presentazione di esperienze di eccellenza in campo europeo*, Atti del XVIII convegno interprovinciale Reggio Emilia, 1999
12. Malinverno G., *Accreditamento professionale*. L'infermiere dirigente, 1998; 4 (3): 5-6
13. Raccomandazione n.(97)17 del Consiglio d'Europa *Il "sistema qualità" nell'assistenza sanitaria europea*, Il Sole 24 ore Sanità, 21-27 settembre 1999
14. Red ML, Alexander JW., *Does certification mean better performance?*, Nursing Management, 1997; 28 (2): 45-50
15. Ricci E., *La garanzia della qualità. Accreditamento e certificazione*, AQ news, 1998; (3): 13-6
16. Saccani C., *Qualità e Certificazione*, McGraw-Hill, Milano. 1990
17. Setti Bassanini M., *Accreditamento e certificazione*, Prospettive sociali e sanitarie, 1998; (15): 8-12
18. Sivertsen B., *Linee guida per la pratica*. Foglio Notizie, 1998; (2): 66-9

Marinella D'Innocenzo
Consigliere del Sottosegretario alla Sanità
Dirigente Servizio Infermieristico Azienda U.S.L. ROMA B

Riforma sanitaria e accreditamento professionale



Obiettivo:

Definire e dibattere sulla relazione esistente tra certificazione, competenza e accreditamento del professionista infermiere tenendo conto:

- Della Legge Delega n. 419/98 e decreto legislativo per la 30 riforma del Servizio sanitario nazionale (D.L.gvo n. 229/99)
- Del CCNL 1998 - 2001 contratto di lavoro del comparto sanità
- Della formazione permanente aggiornamento

La Riforma Sanitaria ha il merito di aver posto particolare attenzione al miglioramento del SSN, cercando di riportare certe regole dentro SSN e di riproporre i criteri di equità/solidarietà ed efficienza/appropriatezza.

Il Parlamento ha affidato al Governo la delega per la Riforma dell'organizzazione, intesa come produzione ed erogazione, dell'assistenza sanitaria con l'intento di rivederne alcuni punti considerati critici dai cittadini e di intervenire su alcune storture determinate dalla 502/92 e 517/93, tra cui la forte contraddizione fra le risorse disponibili e i bisogni dei cittadini.

In realtà, la definizione che si è dovuta affrontare riguarda la definizione molto generica dei livelli uniformi di assistenza per la quale si era innescato, con la competizione pubblico-privato e quella tra erogatori e produttori delle prestazioni, un mercato di fatto sregolato. In alcuni casi vi è stato un incremento delle prestazioni non necessarie ai cittadini e non appropriate, sollecitate da un'induzione della domanda sanitaria.

Questo meccanismo ha di fatto disarticolato il sistema e prodotto un incremento enorme della spesa sanitaria a fronte di un bisogno complessivo su tutto il territorio nazionale non soddisfatto pienamente.

Con la 229/99 viene affermato il principio della contestualità tra identificazione dei livelli uniformi e determinazione del fabbisogno finanziario.

La legge 133 (art.10) ha dato mandato al Governo di rivedere la forma di finanziamento (che oggi avviene su una parte cospicua, con l'IRAP, circa il 90% del gettito locale, più la parte riferita al FSN), tenendo conto del Dpf.

Da questo punto di vista il Federalismo Fiscale darà indicazione sul fabbisogno complessivo finanziario per quanto riguarda la copertura del SSN.

Ciò non è di poco conto.

Prima esisteva la contraddizione tra la definizione delle risorse disponibili e la soddisfazione successiva dei bisogni. Oggi, la contestualità garantisce la possibilità di identificare quali sono le pre-

stazioni necessarie, dal punto dell'evidenza scientifica, appurando di definire anche quelle che sono.

Entrando brevemente nel merito della Riforma Sanitaria:

- sono previsti 26 decreti in materia, oltre la metà dei quali si riferisce a queste tre aree (aree socio-sanitarie, disciplina delle relazioni, istituzione dei Fondi integrativi)
- si prevede la definizione del modello di selezione dei soggetti erogatori: sono quelli che per conto del SSN attraverso il meccanismo delle autorizzazioni e dell'accreditamento e degli accordi con i privati possono erogare le prestazioni in base alle norme e per conto del SSN;
- si ripropongono le funzioni di controllo dal rapporto Stato-Regioni per quanto riguarda il SSN come sistema di funzioni e dei servizi propri dei servizi sanitari regionali; quindi il rafforzamento del ruolo di indirizzo e coordinamento, cioè di programmazione centrale delegata alla programmazione regionale;
- si ripropone il Piano Sanitario nazionale come strumento di armonizzazione e di controllo di tutto questo nelle varie Regioni per la salute e l'assistenza sanitaria.
- si propone l'evidenza scientifica e l'appropriatezza quali elementi per rendere i cittadini più consapevoli del diritto, previsto dall'articolo 32 della Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie di qualità ed appropriate;
- si ripropone il ruolo dei Consigli regionali di verifica e di contribuzione alla programmazione politica locale;
- si rafforza, per quanto riguarda la finanzia- zione, la responsabilità delle Aziende Sanitarie, il carattere delle stesse (riconoscimento pubblico) e al tempo stesso rafforzano alcuni aspetti di delega legati ad un maggiore snellimento burocratico e all'autonomia gestionale tipica del sistema sanitario. In tutto ciò si richiama al principio di responsabilità della dirigenza dal Decreto Legislativo 29

ricondotto dentro le strutture in quanto demanda molto ai requisiti di unità operativa e delle risorse sanitarie, determinando una sinergia fra Decreto Legislativo '93 e Riforma-ter;

risultano i requisiti degli ospedali - sostituire in Aziende Ospedaliere - riprendendo il fronte fra soggetto erogatore - produttore delle prestazioni, essendo molto i criteri e le tipologie Aziende Ospedaliere;

istituito il Collegio sindacale; prevista la remunerazione delle prestazioni "a doppio binario", con da un lato il finanziamento delle stazioni per ricovero ospedaliere (G) e dall'altro il finanziamento della funzione assistenziale, cioè a riveduti per programmi assistenziali stabiliti dalla Regione (su malattie rare, trapianti, oncologia, integrazione fra assistenziale ospedaliera e territoriale), evitando qualsiasi speculazione sui costi più remunerativi in modo che la prestazione, come ad esempio quella psichiatrica, possa essere vista come funzione assistenziale dello SSN che offre prestazioni di qualità, ma anche di peso uguale in servizi sanitari e strutture;

affrontato il problema della dirigenza sanitaria creando un ruolo unico di profili e la definizione di un rapporto esclusivo obbligatorio dal 2000 tra i medici e per i medici che nel svolgevano funzioni di dirigenza operativa complesse; per dirigenze operative, Dipartimenti e/o strutture sanitarie devono fare parte. Viene garantita alla Dirigenza la partecipazione alle attività aziendali attraverso il Dipartimento di Direzione;

data importanza al Dipartimento di prevenzione e al distretto sanitario base, che diventa un'articolazione importante della ASL dotato di autonomia organizzativa.

degli aspetti innovativi della riforma è sicuramente quello dell'accredito, superando l'art.8 del decreto 502/92 sull'accREDITAMENTO e il 14 gennaio 1997 sull'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie.

Il 14 gennaio 1997 del decreto legislativo 502/92, infatti, due criteri e standards di accREDITAMENTO:

requisiti minimi per l'autorizzazione a erogare le prestazioni sanitarie;

b) forma dell'accREDITAMENTO per poter accedere ai finanziamenti previsti dal SSN.

Ciò significava e significa che per erogare prestazioni sanitarie per nome e per conto del SSN bisogna essere autorizzati e sottostare ad un procedimento di accREDITAMENTO istituzionale.

Nel DPR 14 gennaio 1997 venivano stabiliti i requisiti minimi strutturali e tecnologici (art. 2, comma 5 e 7) e si cominciava ad entrare nel merito di quelle che erano le condizioni, i requisiti di conformità che dovevano avere le strutture per potersi "accostare" ai bisogni dei cittadini.

La 229/99, attraverso le quattro "A" del SSN, prevede la distinzione fra la funzione di programmazione e produzione delle prestazioni attraverso il processo di selezione degli erogatori.

Ciò significa che vi è la condizione di pari opportunità per i soggetti pubblici, privati, no-profit che nell'ambito del SSN devono erogare prestazioni ai cittadini.

La legge di riforma, identifica da un lato le prestazioni ritenute essenziali, quindi, appropriate e dotate di criteri di evidenza scientifica e necessarie per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, dall'altro, con un elenco, individua quelle prestazioni non ritenute necessarie e appropriate per i cittadini, specificando anche tutte le prestazioni che possono essere oggetto di fondo integrativo, cioè di contribuzione integrativa da parte dell'utente per quanto riguarda la possibilità di accedervi.

Tra queste prestazioni, rientrano quelle estetiche, odontoiatriche, cure termali, ecc., in cui soggetti pubblici e privati, ma anche diversi soggetti, in forme associative, possono entrare nel merito della garanzia per quanto riguarda la possibilità di rendere integrate le prestazioni ritenute essenziali.

Quindi, affianco all'identificazione dei LEA, esiste un sistema che nelle quattro "A" afferma:

- autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie - nel senso che oggi per costruire una struttura sanitaria non è sufficiente avere i requisiti (strutturali e tecnici), ma è necessario che questa sia dentro una programmazione anche dal punto di vista urbanistico ed edilizio previsto dal Comune e dalla Regione;
- accessibilità - in termini di fruibilità complessiva del servizio;

- autorizzazione al funzionamento (peraltro già presente) della struttura sanitaria;
- accordo contrattuale fra Aziende Sanitarie e Regione per la predisposizione delle condizioni sui volumi di attività, la quantità erogabile di prestazioni sulla base del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale.

Quando all'art. 8-quinquies si dice che "...l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato (art.8, 229/99) dalla Regione previa verifica dei requisiti "ulteriori" di qualificazione e della funzionalità della struttura e dei professionisti...", è chiaro l'intento del legislatore di individuare nel termine di requisiti "ulteriori", tutti quei requisiti che si riferiscono alla qualità e ai percorsi di miglioramento e alle possibili condizioni perché la qualità delle prestazioni in termini non solo di struttura, ma soprattutto di esito e di processo, vengano garantite.

Per quanto riguarda "la qualificazione e la funzionalità della struttura e dei professionisti", viene demandato tutto all'atto di indirizzo e di coordinamento del Ministero, che tramite un'apposita Commissione Nazionale per l'AccREDITAMENTO, dovrà dare indicazione sui criteri per stabilire i requisiti per l'accREDITAMENTO del personale, per l'organizzazione, per la dotazione tecnologica allo scopo di realizzare un'effettiva uguaglianza fra strutture pubbliche e private e garantire un'equità per quanto riguarda le tariffe anche attraverso la formula degli accordi contrattuali.

La presenza di programmi di MCQ e VRQ in cui è garantita la partecipazione di tutto il personale, prevede di definire i requisiti per la certificazione del suddetto personale.

Bisognerà, inoltre, trovare forme di partecipazione dei fruitori alla valutazione della funzionalità e all'accessibilità dei servizi. In questo senso, determinante sarà l'utilizzo della Carta dei Servizi per la qualità dei servizi sanitari aziendali attraverso la reale accessibilità e appropriatezza degli stessi e il ruolo attivo dei cittadini.

Relativamente a "...la valutazione dei volumi di attività e dei risultati finali raggiunti in termini sia clinico-assistenziali che di gradimento", sottolinea l'importanza della valutazione per quanto riguarda il processo e gli esiti e l'importanza che assumono i L.E.A., le linee

guida, i criteri per l'accreditamento. Questi tre elementi di snodo della Riforma-ter che coinvolgono tutti gli operatori, avranno il merito di influire sui comportamenti professionali e di migliorare i risultati prodotti dalle prestazioni sanitarie erogabili in termini di salute.

La Commissione Nazionale per l'Accreditamento (CNA) avrà quindi la responsabilità di creare le condizioni per l'accreditamento. L'accreditamento sarà trasversale a tutte le aziende, non sarà più solo un passaggio autorizzativo istituzionale per quanto riguarda gli erogatori privati accreditati e no-profit, ma sarà dato alle strutture pubbliche (aziende sanitarie, aziende ospedaliere) a quelle private (nella doppia possibilità: per il finanziamento e la qualità delle prestazioni) che rispondono a requisiti ulteriori di qualità. La CNA stabilirà i requisiti individuando una sorta di Albo dei fornitori del SSN con cui le regioni e le aziende sanitarie definiscono gli accordi contrattuali (art.8-quater, comma 4, lettera O - Accreditamento Professionale).

Un punto di caduta del Decreto 229, per quanto riguarda la CNA, è quello

legato al contributo che gli verrà dato dalla Federazione Ordini Professionali (in maniera specifica quella dei medici). Su questo bisognerà trovare soluzioni, in modo particolare la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, i Collegi stessi e le Associazioni a livello Nazionale e Regionale, dovranno fare scelte forti sulla necessità di iniziare percorsi per l'accreditamento professionale infermieristico attraverso società scientifiche. L'accreditamento è una sfida per la qualità del SSN e per i professionisti che a partire dalla legge 42 nell'ambito dell'autonomia e della propria competenza, sono in grado di erogare prestazioni di qualità e se ne assumono la responsabilità, certificando le competenze che hanno per poter attuare una buona pratica clinica.

Quindi, tutto il percorso dell'accreditamento fa da *trade union* con la Formazione Continua, come elemento nodale della qualità.

Per la prima volta si dice di *quale* e *che tipo* di formazione hanno bisogno i professionisti sanitari. A tal proposito vi sono più testi che rendono compatibile questo aspetto con la 229: la legge 42 (formazione post-base), il CNLL (art.26),

il Gruppo di Lavoro del Ministero Sanità (formazione permanente del gruppo Conferenza Stato-R

Altro elemento importante che la Commissione Nazionale Formazione individua gli Obiettivi Formazione. Il CNLL prevede di penalizzazione anche ecor i professionisti che non si sottopongono a formazione. Per le strutture no-profit e accreditate, l'adesione da parte del personale di formazione continua e crediti costituiscono requisiti essenziali per ottenere e mantenere l'accreditamento.

La qualità della formazione dei professionisti è, pertanto, il parametro della qualità della pratica clinica (l'accreditamento professionale) e dell'accreditamento della struttura sanitaria per erogare prestazioni.

Questa riforma invita a riflettere strategie che bisogna adottare al passo con le leggi, che quindi diventano strumenti evoluti e istituzioni e i professionisti devono confrontarsi per assicurare il servizio sanitario pubblico efficiente ed equo.

5th Congress of the European Resuscitation Council "Resuscitation 2000" June 1-3 2000, Antwerp - Belgium

Congress Director: Prof. Dr. Leo Bossaert

Hotel reservation & Tours

Medicongress
Waalpoel 28/34
9960 Assenede
Belgium
Phone: +32 9 344 39 59
Fax: +32 9 344 40 10

Information, Registration & Abstracts

ERC secretariat
PO Box 113
2610 Antwerp
Belgium
Phone: +32 3 821 36 16
Fax: +32 3 828 48 82
E-mail:erc@uia.ua.ac.be
Website: <http://www.erc.edu>

E-mail: ERC2000@medicongress.com
Website: <http://www.medicongress.com/erc>

* Pre-congress courses in BLS, AED, ALS, PLS on
May, 29-31 2000

Per ulteriori informazioni rivolgersi a:
Elio Drigo - Via del Pozzo 19 - 33100 Udine

Tel.: 0432501461
e-mail edriago@aniarti.it

Annalisa Silvestro

IID Vice Presidente Anarti

Dirigente Servizio Infermieristico Azienda Ospedaliera Udine

Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI



Obiettivo:

è dibattere sulla relazione esistente tra
one, competenza e accreditamento del
ista infermiere tenendo conto:

egge Delega n. 419/98 e decreto legislativo
0 riforma del Servizio sanitario nazionale
o n. 229/99)

.NL 1998 - 2001 contratto di lavoro del
o sanità

rmazione permanente aggiornamento

Ringrazio la collega D'Innocenzo per la sua relazione che ha reso più facile la comprensione di alcuni tra i più significativi contenuti del decreto legislativo n. 229/99; questo decreto, infatti, accompagnerà nel prossimo futuro non solo coloro che operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale ma dell'intero Sistema sanitario italiano.

La segreteria scientifica del congresso, sostenuta anche dalle valutazioni fatte dagli ospiti, ritiene importante rendere evidenti i legami che esistono tra le norme indicate all'inizio della mattinata e la professione infermieristica; ciò al fine di meglio comprendere come gli infermieri e le loro prestazioni assistenziali si inseriscono dentro la logica e la filosofia che sottende le norme citate ed annanzate.

Quando dunque si parla dell'accREDITAMENTO e della ineludibilità della verifica del possesso di ulteriori requisiti di qualificazione sia per quanto riguarda la funzionalità della struttura che dei professionisti, è evidente che vengono fatte affermazioni molto rilevanti. Verrà infatti attivata una Commissione Nazionale per l'accREDITAMENTO e la qualità dei servizi sanitari e quindi per l'accREDITAMENTO delle strutture, dei processi e dei professionisti.

È ipotizzabile che la Commissione Nazionale vada a valutare l'esperienza professionale maturata, ossia i "curricula esperienziali" che bisognerà, quindi, essere in grado di presentare formalmente.

Ed a tal proposito uno spunto di riflessione:

Sarà ritenuta più significativa un'esperienza ventennale maturata sempre nella stessa unità operativa oppure un'esperienza professionale, magari più breve, ma diversificata perché maturata in percorsi di mobilità strutturati e nell'ambito dei quali sono state fatte proprie, modalità diverse di erogazione delle prestazioni assistenziali?

Il quesito è rilevante stante la pregressa cultura professionale infermieristica che considerava lo spostamento o la riallocazione in altra unità operativa come un segno di scarsa competenza o di poca gradibilità personale, più che come un segno di riconoscimento e di valorizzazione professionale e personale.

È altresì ipotizzabile che la Commissione Nazionale vada anche a valutare i "crediti formativi" acquisiti nell'ambito di un programma di formazione post-base e continua, utilizzando le Commissioni allo scopo istituite nell'ambito di ogni Regione e che avranno al loro interno la rappresentanza professionale infermieristica.

Ed a tal proposito è pensabile che un infermiere possa attraversare diversi anni di esercizio professionale senza effettuare, e poter dimostrare di aver effettuato, interventi di manutenzione della propria professionalità e competenza? .

Il Decreto Legislativo n. 229/99 costituisce dunque un quadro, anche se non in tutto positivo, all'interno del quale si muove anche la professione infermieristica.

Una professione che negli ultimi anni ha compiuto un evidente ed oggettivo percorso di professionalizzazione che peraltro deve ancora proseguire in quanto non del tutto concluso.

Il processo dovrà infatti toccare le tappe:

- dell'attivazione dei corsi di specializzazione
- dell'attivazione del corso per il conseguimento del Diploma di laurea in Scienze Infermieristiche
- dell'istituzione della Dirigenza per gli infermieri.

L'accREDITAMENTO dei processi assistenziali e dei professionisti non può che avvenire sulla base della professionalità e della competenza che mediamente un professionista deve saper esprimere.

Rilevante è dunque avere costante chiarezza sul livello di professionalizzazione acquisito e costantemente implementato dalla professione e dal gruppo professionale infermieristico.

Una delle tappe più significative di tale percorso è stata raggiunta il 26 febbraio 1999 con la legge n. 42 che rappresenta una vera rivoluzione professionale; la legge n. 42, infatti, modifica sostanzialmente l'intero assetto sanitario del paese attraverso tre particolari aspetti che, pur essendo strettamente interconnessi, verranno trattati singolarmente.

Primo aspetto:

l'eliminazione del concetto di ausiliarità per la professione infermieristica.

La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" che aveva costantemente accompagnato la professione infermieristica dal 1934, viene sostituita dalla denominazione "professione sanitaria". È immaginabile che la prima domanda, a questo punto, verta sul chiedersi quale possa essere adesso la differenza tra un infermiere che eroga prestazioni assistenziali infermieristiche, un fisioterapista che eroga prestazioni riabilitative o un medico che eroga prestazioni inerenti il processo diagnostico e terapeutico.

La differenza dovrebbe rilevarsi non per quanto inerente la dignità e l'autonomia professionale ma per quanto inerente la *tipologia del contenuto assistenziale*.

Il condizionale è d'obbligo in quanto pesa ancora, e prevalentemente con il medico, il disequilibrio di cultura e di potere negoziale nella definizione degli assetti organizzativi e di modellizzazione o rimodellizzazione assistenziale.

Molte cose possono comunque essere fatte e da subito soprattutto sugli assetti organizzativi e di rimodellizzazione assistenziale.

Esempio banale e che una volta tanto non riguarda i medici:

in assenza di personale di supporto che porti in palestra un degente che deve fare terapia riabilitativa, è scontato che lo accompagni un infermiere abbandonando il reparto.

Ma se è pari la dignità professionale e la rilevanza dello specifico apporto assistenziale in quanto tutte le professionalità concorrono ad un progetto di salute per i degenti delle diverse unità operative, perché mai il fisioterapista rimane fermo in palestra ad aspettare che l'infermiere accompagni il degente?

Risulta evidente che, fino a quando non ci saranno gli operatori di supporto, anche il fisioterapista dovrà andare a prendere il degente in unità operativa, nella logica di una compensazione della carenza organizzativa concordata fra i vari operatori.

Secondo aspetto:

l'abrogazione del mansionario infermieristico.

Non esiste più l'elenco di azioni che l'infermiere poteva svolgere da solo, da solo su prescrizione del medico, oppure esclusivamente in presenza del medico.

Con la Legge n. 42 il campo proprio di attività della professione infermieristi-

ca è determinato dai "... decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post - base nonché degli specifici codici deontologici ...".

Il Decreto ministeriale istitutivo del profilo professionale dell'infermiere è il DM n. 739/94 intitolato "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", che definisce l'infermiere, "Responsabile dell'assistenza generale infermieristica", come colui che:

- individua gli obiettivi dell'assistenza infermieristica,
- pianifica gli interventi,
- li rende concreti,
- si rende garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche - terapeutiche,
- verifica i risultati che ha raggiunto anche avvalendosi del personale di supporto.

Su quest'ultimo aspetto è importante fare una riflessione di rilievo sugli "operatori di supporto", anche nella logica dell'accreditamento dei processi e della professionalità.

Molte volte l'Aniari ha discusso della cosiddetta "zona o area grigia" ovvero di quella parte del processo assistenziale in cui non è ben chiaro o definito, al momento dell'analisi, chi debba svolgere o abbia la competenza a svolgere determinate azioni e/o prestazioni.

Chi fa che cosa rispetto alla "zona o area grigia" diventerà chiaro e definibile dopo una valutazione e negoziazione multidisciplinare basate sulle competenze acquisite, mantenute e successivamente accreditate dei diversi professionisti che compongono l'équipe assistenziale.

Ma ineludibilmente una importante riflessione dovrà essere fatta anche su che cosa gli infermieri potranno/vorranno delegare agli operatori di supporto.

È ben vero che gli infermieri di Area Critica sentono meno di altri il problema, in quanto le prestazioni assistenziali erogate presuppongono un'elevata competenza, anche per gestire tecnologia ad alta complessità, e quindi una forte qualificazione professionale.

È però altrettanto vero che l'area critica è costituita anche da unità operative a diverso grado di intensività assistenziale oltre che dai servizi di emergenza sanitaria, dove è frequente la presenza

di autisti soccorritori e di ossia di personale laico.

Ed allora una provocazione: mo cominciare a chiederci se avverrà che si parli di atti delegati?

E questo potrebbe significare operatori di supporto inizino un uso analogo a quello effettivo infermieri?

Gli infermieri, infatti, grazie n. 42, possono dire che se è costantemente espletato da loro hanno fatto terreno di forma esperienza fino ad acquisire competenza specifica, quell'atto è "proprio" infermieristico.

L'evoluzione professionale e di costante ridefinizione dell'infermieristiche induce altresì a: si: gli infermieri che sono attualmente circa 320.000, devono continuare a scendere numericamente o devono zarsi?

Se si ipotizza un'ulteriore mantenendo costante l'attuale sanitaria, è evidente che dovranno in prima persona la totalità stazioni assistenziali; di contro pensare che l'effettuazione, pu supervisione, delle attività ro altamente standardizzabili po essere effettuata da operatori di

Decisioni importanti, quindi no essere prese e non solo da p rappresentanza professionale - zione Nazionale dei Collegi In ma anche dalle associazioni in stiche, per contribuire alla cre gruppo professionale ed alla zione di una rete di integrazione borazione, di servizio, di idee.

Terzo aspetto:

L'equipollenza dei diplomi u ri di infermiere con quelli c in base alla precedente nor

Con l'equipollenza dei titoli v nitivamente superato il timore cl sano essere infermieri di serie A. B. Deve comunque rimanere l al costante approfondimento di petenze per rendere effettivame genei i comportamenti prof anche attraverso l'orientamento va dall'agire ispirato dal nuov deontologico che con la legge n me anche valenza giuridica.

In questo quadro professio comprende, come prima rip percorso di professionalizzazio

professione e dagli infermieri, l'altro elemento di interesse è *il rinnovo del contratto di lavoro del comparto della sanità valigioso periodo 1998 - 2001 (CCNL).*

Il contratto introduce numerose innovazioni che hanno la possibilità di incidere su variabili economiche ed organizzative del lavoro e su variabili che ricadono su competenze professionali dei operatori.

La novità più importante riguarda la valutazione del personale.

Il tema "valutazione permanente del personale" è importante fare alcune precisazioni.

Si riscontra nelle attuali realtà la mancanza di una verifica sistematica delle condizioni con cui vengono attuati i progetti di lavoro e di come e a che livello vengono raggiunti risultati assistenziali.

È difficile e crea tensioni sia per i lavoratori che nei valutati.

È dunque indubbio che senza una valutazione sistematica diventa difficile per chi lavora con correttezza, serietà, congruenza professionale e competenza raggiungere ai risultati raggiunti.

Il tentativo di maggiore tensione è la valutazione di *che cosa* valutare e *come* o può valutare.

Al proposito, sembrerebbe ovvio che la valutazione delle prestazioni e dei processi assistenziali non può essere fatta in modo da infermieri fosse fatta indipendentemente da appartenenti alla professione infermieristica e non, ad esempio, dai Dirigenti medici delle unità operative.

È tutto ciò non è ovvio ed a tal punto, non è certo casuale che dal decreto legislativo n. 229/99 sia stato modificato l'articolo 17 ter che prevedeva l'attribuzione della dirigenza infermieristica e la possibilità che fossero gli infermieri, attraverso i propri dirigenti, a stabilire i criteri sui quali effettuare la valutazione del personale infermieristico.

È necessario definire gli standard minimi di qualità assistenziale, individuare le modalità con cui effettuare verifiche e le valutazioni.

È attuale CCNL gli infermieri verrebbero inseriti nella categoria "C" e nella categoria "D" che comprende anche la categoria Ds. L'infermiere potrà progredire den-

tro le due categorie in senso orizzontale (C1, C2, oppure D1, D2 ecc.) ed a tale progressione corrisponderà un definito riconoscimento economico.

Sulla base di che cosa dovrebbe verificarsi la progressione verticale oppure orizzontale?

La creatività, la capacità di flessibilizzare il proprio lavoro e di dare valore aggiunto anche in termini relazionali alle prestazioni professionali, devono essere elementi fondanti per la progressione di carriera in senso verticale e per la progressione economica in senso orizzontale.

Non è più sostenibile che l'unico criterio fondante per ogni progressione sia l'anzianità di servizio.

La rappresentanza professionale infermieristica ritiene quindi che il tutto debba avvenire sulla base della valutazione dei curricula professionali composti da:

- esperienza e percorsi formativi documentati,
- capacità dimostrata di gestione autonoma del proprio operato
- di discrezionalità decisoria nell'impostare e concretizzare i processi di assistenza infermieristica.

Tutto ciò evidenzia che sta cambiando profondamente la logica contrattuale dentro le aziende sanitarie e che il filo rosso conduttore è fondamentalmente legato alle parole competenza, capacità, flessibilità, autonomia e responsabilità e quindi approfondimento disciplinare anche attraverso la formazione post-base o specialistica e la formazione permanente.

E qui si apre un ulteriore terreno di analisi, approfondimento e

dibattito che diventerà sempre più rilevante nell'immediato futuro.

Ma a tal proposito sarà di interesse comune ascoltare la relazione che ci verrà ora proposta da Adriana Dalponte.

Bibliografia

- Legge n. 42/99
- Decreto legislativo n. 229/99
- CCNL 1998 - 2001 del comparto sanità.

INFIRMIERI
EUROPA 2000

SOCCORSO SANITARIO

CAMPIONATO ITALIANO DI SOCCORSO TERRITORIALE DI BASE A SQUADRE

26-27 MAGGIO 2000
PASSO DEL MORTIROLO • MONNO (BS)

PATRONATO

REGIONE LOMBARDA

ASL DI VALLE CAMONICA-SEBINO

COMUNE DI MONNO



Obiettivo:

Definire e dibattere sulla relazione esistente tra certificazione, competenza e accreditamento del professionista infermiere tenendo conto:

- Della Legge Delega n. 419/98 e decreto legislativo per la 30 riforma del Servizio sanitario nazionale (D.L.gvo n. 229/99)
- Del CCNL 1998 - 2001 contratto di lavoro del comparto sanità
- Della formazione permanente aggiornamento

Adriana Dalponte

Responsabile ufficio di Staff per la Formazione Sviluppo APSS-Trento - l'Azienda Prov i Servizi Sanitari di Trento - Professore a contratto di Organizzazione dell'assistenza ir ca (management infermieristico) alla Scuola diretta a fini speciali per Dirigenti e Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Padova.

Abilitazione, competenze e accreditam del professionista infermiere: il contribu della formazione permanente

I riferimenti legislativi che vanno considerati per una progettazione fo orientata allo sviluppo delle competenze e delle carriere

Un punto di riferimento importante è il Contratto Collettivo Nazionale Lavoro 1998 - 2001 Comparto Sanità ed in particolare gli articoli:

- art. 12-13-15-16-17-18-19 inerenti il tema "Classificazione del personale"
- art. 20-21 Posizioni organizzative
- art. 29 Formazione ed aggiornamento
- art. 35 Criteri per la progressione economica orizzontale.

Altro riferimento normativo che apporta significative novità in tema di formazione e accreditamento è il Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n.229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" con gli articoli:

- art. 8bis e quater - Accreditamento
- art. 9bis - Sperimentazioni gestionali
- art.12bis - Ricerca sanitaria
- art. 15 - Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie
- art. 16bis - Formazione continua
- art.16ter - Commissione nazionale per la formazione continua
- art.16quinquies - Formazione manageriale
- art. 16sexies - Strutture del servizio sanitario nazionale per la formazione
- art. 17 - Collegio di direzione
- art. 17bis - Dipartimenti
- art. 19bis - Accreditamento e qualità dei servizi sanitari.

Cosa cambia nel panorama della sanità e quale ruolo può avere la Formazione Continua

L'aspetto più significativo di cambiamento è che si modificano le carriere definendone le funzioni piuttosto che i titoli necessari. Oso dire che ad esempio non c'è più il caposala ma ci sono le funzioni di direzione di servizi - dipartimenti - uffici e quelle di coordinamento

di staff; tutto questo comporta cambiamento significativo in q riveste le funzioni deve dim avere un curriculum formativo - specialistico affine ma sop reali competenze nel raggiung tati attesi attraverso la verific neità professionale.

Un altro aspetto importante, tempo la professione infer attendeva, è che vi sono pecc riera che valorizzano le co specialistiche ed altri che rich svolgimento di funzioni org, con assunzione diretta di de elevata responsabilità.

Si intravedono quindi 2 p carriera, tecnico specialistica nale organizzativa.

La formazione deve conside sto cambiamento offrendo pe mativi differenziati ma integr presenta una sfida interessan promozione di una cultura dif capacità direzionali e non solc stiche.

Il professionista si può spe già in questi percorsi con q sono le attitudini individuali cambiare rotta e sperimentare corsi nella ricerca di uno svilfessionale il più congruente al attese e potenzialità.

Le aree di sviluppo

Gli spazi reali di sviluppo nale possono essere sintetiz alcune macro aree che richier corsi culturali ed esperienze differenziate, quali:

1. progressione economica o con passaggio all'interno de sima categoria tra profili div stesso livello specialistico;
2. progressione verticale con da una categoria all'altra in mente superiore;

F. Civelli- D. Manara, Guerini & Associati 1997 (3.4.3 core competencies,organizzative pagg. 35 -37)
 Lavorare con le competenze - Guerini & Associati 1997 (pagg. 21 - 23; 2.4 Lavorare con le competenze)
 Civelli F. - Manara D., Lavorare con le competenze, Guerini & Associati, Milano, 1997, pp. 79-80

lelle posizioni organizzative che dono lo svolgimento di funzioni assunzione diretta di elevata responsabilità come ad esempio; funzioni di direzione di servizi, dipartimenti, uffici o unità organizzative di particolare complessità richiedono un elevato grado di competenza e autonomia gestionale organizzativa e svolgimento di attività con contenuti ad alta professionalità e specializzazione; svolgimento di attività di ricerca e sviluppo della qualità coordinamento attività didattico formativa; attività di staffe di studio e quindi funzioni integranti.

Un altro aspetto di rilievo è che ogni funzione deve avere livelli diversi in base alla complessità dei sistemi e quindi il grado di complessità diventa elemento determinante per il riconoscimento economico e non solo di sviluppo.

Questo panorama complessivo di un sistema molto complesso che si può definire in modo sostanziale le funzioni di gestione del personale come iteri di programmazione.

Le attività di gestione strategica diventano laboratorio per le competenze. L'obiettivo del mio intervento vuole proprio da questo concetto "la ricerca" per poi proporre ipotesi di attività formative ed organizzative per sviluppare competenze per prestazioni eccellenti. Infatti il rapporto che esiste tra competenze e prestazioni è molto forte in tutte quelle organizzazioni ad alta intensità di conoscenza¹.

La formazione significa "Lavorare con le competenze"

in crisi:
 Le nuove tecnologie e le nuove forme di organizzazione operativa della Direzione Personale assistono ad una forte discussione sul segmentarsi delle attività e delle competenze.

scenari:
 Le tecnologie sempre più avanzate e le nuove forme di reingegnerizzazione hanno marcato l'orientamento delle organizzazioni al cliente.

La sequenza c'è la necessità di prestazioni differenti di organizzazioni e di compiti di lavoro e delle attività.

Spencer '95

L'approccio alle competenze richiede una programmazione del lavoro proiettata sul futuro piuttosto che sulla esperienza, non è più il passato ma il futuro il riferimento per orientare i comportamenti delle persone e i nodi chiave sono rappresentati da:

- Quali competenze in quella organizzazione (non in astratto).
- Come comunicare le competenze.
- Come renderle visibili e certificabili.

Un'altra riflessione è rappresentata dal mutamento che la nostra società ha elaborato rispetto al lavoro.

IL LAVORO È ANCORA UN VALORE? Ricompare nell'uomo la necessità di esprimersi in ambiti diversi anche rispetto alle proprie capacità. I confini tra lavoro e non lavoro sono sfumati e la temporalità è definita dalla convenienza. (Charles Handy '94).

COME AFFRONTARE IL PROBLEMA DELLE COMPETENZE? La ricerca ci dice che non esiste un unico modo per affrontare il problema e c'è la necessità di passare da "competenza al lavoro" a "lavorare con le competenze".

COME? È possibile solo se le persone sono in grado di riconoscere le competenze, capirle, valutarle, sperimentarle, allenarsi ad utilizzarle, applicarle ai lavori di tutti i giorni.

Occorre non solo la capacità di riconoscersi ed identificarsi, ma anche confrontarsi con "sfondi" e "contesti" per decifrare gli aspetti sociali ed emotivi per esprimere l'intelligenza più ardua, quella sociale. La competenza diventa eccellente quanto più l'individuo ha modelli concettuali di analisi e classificazioni del contesto sociale e della influenza che esercita tale contesto sul lavoro da svolgere. Questa capacità è l'intelligenza sociale ed è così definita:

"Intelligenza sociale è connessa alla capacità di una persona di decodificare il sistema sociale con cui si trova ad interagire, stabilendo e mettendo in atto strategie comportamentali adeguate."

Il valore del lavoro e il lavoro come valore sono posti in discussione: è di notevole importanza sviluppare la "Competenza di lavorare con le competenze".

La scuola Storica delle competenze proviene dagli Stati Uniti ed ha come referente ideale lo psicologo nordamericano David McClelland.

DEFINIZIONE DI COMPETENZA: "Una caratteristica intrinseca individuale, casualmente collegata a un performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione che è misurata sulla base di un criterio prestabilito" in altri termini "una caratteristica non è una competenza se non predice qualcosa di significativo nella vita reale" D. McClelland.

Quando si parla di competenza solitamente si pensa alla prestazione media, mentre gli studi e le ricerche la considerano come una prestazione "superiore" in un determinato ruolo.

Un altro contributo significativo che ha dato la ricerca e gli studi condotti da McClelland, Boyatzis e dagli Spencer, è che in una organizzazione esistono "differenze" significative tra le prestazioni medie e quelle eccellenti e che quest'ultime non sono caratterizzate solo da maggiori conoscenze ma hanno notevole rilevanza le caratteristiche individuali quali motivazione e persistenza nel contribuire in modo determinante al successo. Si può quindi dire che se un'organizzazione non propone percorsi di successo si penalizza l'eccellenza delle prestazioni.

LA METAFORA DELLA CIAMBELLA DI HANDY.

La metafora vuole raffigurare l'attuale evoluzione in corso nelle nostre organizzazioni. Charles Handy sostiene che la descrizione dei compiti è paragonabile alla ciambella.

Nella programmazione del lavoro si era soliti pensare che i compiti definiti sono la ciambella, la parte indefinita dei compiti è il buco, mentre la teoria di Handy ci suggerisce che oggi occorre considerare la parte centrale della ciambella i compiti definiti, mentre l'anello rappresenta i compiti indefiniti.

Il mondo del lavoro ha bisogno di persone sempre più competenti per un lavoro indefinito e quindi creatività, innovazione, sperimentazione, responsabilità diventano ingredienti eccellenti per le competenze.

La formazione continua

Il contesto organizzativo è il punto di riferimento principale quando ci si accosta alla programmazione della formazione e come abbiamo visto, il sistema sanitario possiamo definirlo come una realtà ad elevata intensità di conoscenza ed elevata complessità.

Il rapporto quindi tra prestazioni attese e livello di competenza diventa altro

elemento importante nella progettazione della formazione continua; inoltre i riferimenti legislativi rappresentano i "paletti" entro cui progettare la "discrezionalità" e la "specificità".

Il Contratto Collettivo Nazionale (1998 - 2001) fornisce indicazioni sulle finalità, i modi di fare formazione e come valutare l'apprendimento individuale nonché alcune linee guida rispetto alle aree tematiche. L'articolo 29 "formazione e aggiornamento professionale" recita:

"La formazione costituisce una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti e per la realizzazione degli obiettivi programmati" ed ha quale finalità "lo sviluppo del sistema sanitario attraverso il miglioramento delle competenze del personale e più elevati livelli di *motivazione e di consapevolezza* rispetto agli obiettivi generali di rinnovamento e produttivi da perseguire".

Sempre l'art. 29 fornisce indicazioni sui modi per la formazione continua e prevede programmi di:

- addestramento
- aggiornamento
- qualificazione
- sviluppo

I programmi prevedono iniziative formative a carattere facoltativo e a carattere obbligatorio.

Si può interpretare che se le attività formative sono organizzate dall'ente sono considerate in servizio a tutti gli effetti e se sono svolte fuori dalla sede di servizio è previsto il trattamento di missione e rimborso spese.

La programmazione delle attività deve privilegiare alcune aree quali:

- innovazione tecnologica ed organizzativa
- organizzazione del lavoro
- programmazione
- gestione del personale.

Per quanto riguarda l'aggiornamento obbligatorio ed i percorsi formativi collegati al sistema di classificazione, è previsto l'esame finale ed il piano della formazione deve prevedere le modalità di valutazione dell'avvenuto accrescimento professionale del singolo dipendente.

Sempre secondo le indicazioni previste dal Contratto Collettivo Nazionale Lavoro all'art. 29 l'aggiornamento obbligatorio comprende:

- la partecipazione a corsi di formazione ed aggiornamento
- l'uso di testi, riviste tecniche ed altro materiale bibliografico
- l'uso di tecnologie audiovisive ed informatiche
- la ricerca finalizzata rispetto a programmi definiti dalle aziende
- il comando presso altre strutture.

Se il quadro generale prevede quindi un sistema formativo molto articolato e con metodologie di approccio differenziate, per altri aspetti si nota ancora una enfasi al concetto di aggiornamento piuttosto che di formazione continua.

Un altro aspetto critico è rappresentato dalle metodologie che escono dal contesto più tradizionale dell'aula. Mi riferisco alla ricerca, l'uso della bibliografia, le tecnologie audiovisive, la formazione a distanza, che sono riconosciute dai contratti come aggiornamento obbligatorio ma che trovano notevole difficoltà ad essere riconosciute ed accreditate.

Nei contratti per la dirigenza sono previste le ore studio, mentre per il comparto questa attività è segregata nei ritagli di tempo o spesso nel tempo libero.

Occorre sperimentare modalità per l'accREDITAMENTO di queste attività sia per quanto riguarda i tempi ma in particolare gli indicatori di qualità e modalità di certificazione.

Il pericolo è che vengano certificati solo i corsi d'aula e vengano penalizzate tutte le attività che concorrono alla sperimentazione e validazione delle competenze come l'attività di ricerca, l'Audit, la formazione a distanza e lo studio individuale.

Una proposta concreta per la programmazione della formazione continua

È importante progettare attività formative differenziate sia nei metodi che nei contenuti per poter rispondere ai bisogni formativi anche in considerazione delle attitudini. Inoltre occorre distinguere quali sono i percorsi formativi orientati alle singole professionalità e quali invece richiedono integrazione multidisciplinare anche come palestra alla complessità. La formazione specialistica e di specificità di ruolo richiede l'omogeneità disciplinare, l'approccio al cliente utente spesso richiede metodologie e modalità organizzative condivise da tutto il team di cura, mentre la formazione manageriale è tanto più ricca

quanto più è interdisciplinare confini dell'organizzazione.

Per concludere propongo una "guida" per la programmazione della formazione continua come per confronto e al dibattito.

La proposta

Il sistema formazione è quello che preveda modalità formative differenziate come ad esempio:

- programmi di addestramento
- corsi di formazione per l'aggiornamento di conoscenze - metodologie tecniche specialistiche - relazionali
- corsi di formazione manageriale
- corsi di formazione - interventi
- programmi di ricerca e sviluppo
- sperimentazioni organizzative
- programmi di riqualificazione

COME REALIZZARE TUTTO QUESTO sistema sempre più importante formalmente piano di programmazione deve che definisca quali sono le attività riconosciute come formazione obbligatoria e facoltativa e negoziare con i sindacati e gestionali un tempo per le attività meno proceduralizzate: negoziazione decentrata stanziando 36 ore annue fino alla fascia D) e 48 ore annue per la fascia D).

La realizzazione delle attività

Formazione specialistica:

- per singole professionalità
- per il Team assistenziale

Formazione manageriale:

- corsi integrati con tutte le attività del sistema
- oltre i confini delle proprie specialità

L'accREDITAMENTO

- valorizzare la pluralità delle competenze
- enfasi alle sperimentazioni
- esperienza come validazione delle competenze.

La formazione specialistica

- Privilegia interventi mirati alle categorie professionali.
- È orientata più alle logiche metodologiche per l'aggiornamento continuo delle conoscenze.
- Fornisce criteri per valutare l'efficacia delle fonti scientifiche e la loro affidabilità.

Allegiance

UN NOME NUOVO: STESSI PRODOTTI, STESSA QUALITÀ.



R.T.

Prodotti per l'umidificazione e la nebulizzazione, aerosolterapia ed ossigenoterapia

ANESTESIA

Filtri, filtri autoumidificanti e circuiti respiratori, dispositivi per il riscaldamento ed il raffreddamento del paziente, termometri timpanici.



MEDIVAC

Sistemi per aspirazione e raccolta di liquidi biologici, tubi e yankauers, aghi per biopsia, sonde, cateteri e trays.



CONVERTORS

Prodotti in Tessuto Non Tessuto per la preparazione del campo operatorio e la protezione del paziente e degli operatori.



CUSTOM STERILE

Sets 'custom' sterili preparati su specifiche richieste degli operatori.



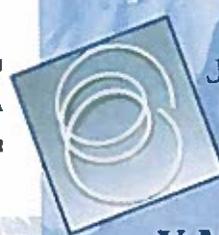
GUANTI

Ampla gamma di guanti chirurgici sterili in lattice e materiali sintetici.



JACKSON & PRATT

Drenaggi chirurgici in silicone e reservoirs.



V. MUELLER

Strumentario in acciaio per tutte le specialità chirurgiche.



axter

E ALLEGIANCE CHE
ITA TUTTO IL
IMONIO UMANO E
OLOGICO DI BAXTER



Allegiance

SETTORE DEI PRODOTTI MONOUSO PER LA SALA OPERATORIA E
PIA INTENSIVA. NEL 1996 DA BAXTER HEALTHCARE NASCE
TI UNA NUOVA SOCIETÀ: ALLEGIANCE HEALTHCARE, CON
ETTIVO DI CONCENTRARSI SU NUOVI PRODOTTI E NUOVI SERVIZI
TI ALLA SANITÀ NEL SETTORE DEL MONOUSO OSPEDALIERO.
EGIANCE" SIGNIFICA "DEDIZIONE" ED È QUESTO LO SPIRITO CON CUI
GIANCE NASCE ORA ANCHE IN ITALIA PER PROSEGUIRE SULLA
IZIONE BAXTER E PER CONTINUARE AD OFFRIRE SOLUZIONI
ONALIZZATE E PRODOTTI INNOVATIVI E DI QUALITÀ.

Allegiance

istribuito da BAXTER S.p.a.

Allegiance Medica S.r.l.
Viale Tiziano, 25 - 00196 Roma
Tel. 06324911 - Fax 0632491204
www.allegiance.net

SANDOSOURCE[®]

G.I. CONTROL

Per il miglioramento
del trofismo della
mucosa intestinale.

Per il trattamento
della diarrea in
nutrizione enterale.



E' una formula completa ed equilibrata per la nutrizione enterale integrativa arricchita con Benefiber, una esclusiva fibra solubile che altera la viscosità della dieta, consentendone la somministrazione per

Con fibra solubile Beneβit

ne riferimento privilegiato il
onista, il cittadino ed i suoi

ivi

conoscenze aggiornate e
sull'evidenza scientifica ri-
nuove competenze e/o biso-
a collettività.

una cultura della responsabi-
essere in grado di attivare inter-
ingruenti ai livelli di responsa-
chiesti.

are gli effetti significativi di
mento di ruolo ed attivare
competenze per prestazioni
nti.

re abilità per fare fronte alle
zioni tecnologiche ed acquisire
ologie per lo sviluppo delle
enze.

zione manageriale

o delle competenze manage-
M. Spencer

ompetenze:

- enze di realizzazione
- enze di assistenza e di servizio
- enze d'influenza e di direzione
- enze cognitive
- enze di efficacia personale.

modello elenca per ogni com-
e capacità da imparare.

- enze di realizzazione
- entamento al risultato
- curatezza
- riativa
- erca delle informazioni
- enze di assistenza e servizio
- isibilità interpersonale
- erca delle informazioni
- enze d'influenza e di direzione
- suasività e influenza
- rsapevolezza organizzativa
- struzione delle relazioni
- luppo degli altri
- ertività e uso del potere formale
- oro di gruppo
- dership del gruppo
- enze cognitive
- siero analitico
- siero concettuale
- capacità tecnico/professionale/
- anageriale
- enze di efficacia personale
- oncontrollo

- 18. Fiducia in se stessi
- 19. Flessibilità
- 20. Impegno verso l'organizzazione¹.

Questa formazione è per eccellenza
integrata.

Non può esserci una formazione
manageriale per categorie ma più c'è
interdisciplinarietà e più è ricco il con-
testo di apprendimento.

Gli obiettivi

- Orientamento a migliorare le presta-
zioni sia in termini di risorse investite
sia di risultati ottenibili.
- Capacità di cogliere le relazioni cau-
sali esistenti tra più elementi e pro-
porre interventi mirati assumendone
le responsabilità dei risultati.
- Capacità di ottenere l'accordo/assen-
so dalle persone valorizzando i van-
taggi ottenibili dalle soluzioni.
- Capacità di programmazione strategi-
ca e di reingegnerizzazione dei siste-
mi produttivi.

Le metodologie

- aula
- laboratorio sperimentale
- simulazioni
- tirocinio guidato
- percorsi e labirinto
- Audit
- benchmarking.

Come valutare

Il management richiede sempre più
conoscenze, ma occorre che sia scienza
applicata, inoltre l'area delle attitudini
ha notevole importanza; se non ci sono
attitudini al rischio, piacevolezza nelle
relazioni, curiosità e bisogno di innova-
zione, ma anche carica leaderistica e
capacità persuasiva difficilmente si vive
bene nei ruoli di governo.

Le attitudini sono una specie di DNA
del lavoratore e scegliere un lavoro
completamente in contro attitudine
significa mettere a rischio il proprio
equilibrio emotivo.

La formazione continua può aiutare
l'individuo a riconoscere le proprie aree
attitudinali ed i servizi di gestione delle
risorse umane dovranno sempre più
tenerne conto, proprio per sviluppare
competenze eccellenti.

La valutazione deve considerare non
solo le conoscenze acquisite, ma anche
la reale capacità ad applicarle al con-
testo organizzativo e le attitudini di pen-
siero sistemico e di leadership.

Le competenze manageriali si misura-
no sul campo ed è molto importante che
l'addestramento sia supportato da "mae-
stri" di gestionalità, attività che finora ha
avuto poca attenzione nei nostri conte-
sti organizzativi. C'è molta attenzione
all'addestramento ed affiancamento tec-
nico-specialistico mentre le competen-
ze gestionali spesso si apprendono per
tentativo ed errore.

Bibliografia di riferimento

1. Civelli F., Manara D., *Lavorare con le com-
petenze*, Guerini e Associati, Milano,
1997.
2. Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
1998-2001.
3. Eleopra I. - Faverin G., *Il nuovo sistema di
classificazione del personale del comparto
sanità*, FIST - CISL Veneto, 1999.

Bibliografia consultata

1. *Auteri E, Management delle risorse umane*,
Guerini e Associati, Milano, 1998.
2. *Pagine MIDA. Materiali per la direzione
del personale*, n. 8, 1999.
3. *Management delle risorse umane*, a cura
di D. Boldizzoni, supplemento al bime-
strale Sviluppo & Organizzazione n. 174 -
1999, ESTE srl, Milano.
4. Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n.
229, *Norme per la razionalizzazione del
Servizio sanitario nazionale, a norma del-
l'articolo 1 della legge 30 novembre 1998,
n. 419.*

Angela Brandi

Infermiera Dirigente – Responsabile Area Funzionale Servizi Infermieristici Azienda Careggi – Firenze

L'accreditamento professionale: ipotesi di sviluppo per i professionisti infermieri in Italia



Obiettivo:

Definire e dibattere sulla relazione esistente tra certificazione, competenza e accreditamento del professionista infermiere tenendo conto:

- Della Legge Delega n. 419/98 e decreto legislativo per la 30 riforma del Servizio sanitario nazionale (D.L.gvo n. 229/99)
- Del CCNL 1998 - 2001 contratto di lavoro del comparto sanità
- Della formazione permanente aggiornamento

Parlare di accreditamento dei professionisti significa anzitutto contestualizzare, nell'attuale quadro normativo e regolamentare, il tema delle professioni sanitarie e della loro aderenza al mandato sociale ed istituzionale attribuitogli.

Gli interventi precedenti hanno in maniera puntuale descritto e delineato le leve del cambiamento e gli aspetti salienti della riforma del sistema sanitario nazionale nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi e della attuazione del patto cittadino-SSN che si traduce in pratica nella adozione del sistema di accreditamento delle strutture e dei professionisti quale garanzia al cittadino del mantenimento dei requisiti necessari ad erogare prestazioni sanitarie per conto del servizio pubblico.

Vale però la pena di sottolineare, ancora una volta, gli elementi strategici che sottendono alla riforma laddove essa ribadisce in maniera ancora più determinata che nel passato, la necessità che i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie – intendendosi con ciò sia le strutture sanitarie che i professionisti che operano nel sistema sanitario – rispondano alle esigenze di ottimizzazione dell'efficacia, dell'efficienza, dell'adeguatezza e della affidabilità.

L'accreditamento istituzionale

Per la prima volta nel nostro Paese si determina il vincolo e l'obbligatorietà per il sistema delle strutture e dei servizi sanitari di possedere e mantenere requisiti di tipo strutturale, tecnologico ed organizzativo ritenuti essenziali (minimi) per poter operare nel sistema sanitario pubblico. Ciò è quanto il decreto legislativo 502/92 ha definito come criterio di accesso dei soggetti fornitori ovvero delle strutture sanitarie al sistema organizzativo e di finanziamento pubblico. Il processo di accreditamento che ne deriva vincola le strutture ad aderire ad un processo di valutazione e verifica periodica dei requisiti posseduti innescandosi in tal modo un processo di miglioramento sistematico del sistema di produzione ed una attenzione continua alla aderenza e al mantenimento dei requisiti di accreditabilità.

Il decreto legislativo 502/92 avvio nel nostro Paese al processo di accreditamento istituzionale, per la società un sistema sanitario nelle sue componenti organizzative, strutturali, tecnologiche e metodologiche attraverso procedure di verifica formale dell'aderenza a precisi requisiti. La specificità e sincretismo del sistema di accreditamento istituzionale sta nella sua obbligatorietà del carattere di volontarietà che il sistema ha sempre avuto e continuerà ad avere nel resto del mondo.

L'accreditamento dei professionisti

Il tema di maggiore novità riscontriamo nelle norme che non le regole e i criteri organizzativi del sistema sanitario della acquisizione del principio di "gratuità" delle prestazioni rispetto ai erogatori delle stesse valutando alla loro competenza. In questo cambiamento e del miglioramento del sistema, la valutazione delle componenti essenziali del processo di erogazione delle prestazioni delle componenti professionali erogatori delle prestazioni.

Il decreto legislativo 229/99 ha definito questo criterio in scelta politica, laddove definisce e sancisce per il sistema sanitario l'obbligo dell'accreditamento dei professionisti caratterizzando ancora una volta il processo di scelta e adozione di un sistema obbligatorio di valutazione e di accreditamento anche per i professionisti del sistema delle prestazioni.

È fondamentale quindi contestualizzare il processo di accreditamento rispetto al sistema delle professioni sanitarie e al processo di accreditamento.

È cosa a tutti nota che il sistema di certificazione dell'abilitazione alle professioni sanitarie nel nostro Paese non prevede il processo di ricertificazione del titolo di abilitazione periodica delle strutture e quindi della capacità professionale. L'acquisizione dell'abilitazione professionale (esame di

ne del titolo che rende oggettiva e abilitazione (conseguimento) sono da sempre criteri di regolamentazione del professionista riguardo alla esclusività di appartenenza e al regime dei delegati dallo Stato agli Ordini professionali. Non è presente nel regolamento giuridico e professionale concetto di sistematicità e non è nella valutazione del professionista, quindi, una volta in possesso di requisiti formali richiesti per l'iscrizione alla professione (diploma e iscrizione all'albo professionale) si ritiene per tutta la vita professionale di "esperto" dell'attività e di esclusività professionale, cui risulta essere stato in un momento attribuito.

Il mondo, invece, l'acquisizione dello status di esercente una professione libera coincide con l'acquisizione del titolo abilitante e la registrazione all'albo/elenco professionale ma rappresenta solo l'avvio del processo professionale e non il mezzo per mantenere l'iscrizione all'albo e quindi la titolarità nell'esercizio della competenza specifica senza che la persona del singolo - in termini di responsabilità professionale - sia stata valutata e certificata. Nel resto del mondo, infatti, i professionisti sono sottoposti a verifica e controllo dello stato di mantenimento della propria competenza e abilità nelle prestazioni ai cittadini, realizzando lo scopo di garantire la qualità tecnico-professionale sia nel tempo e sia coerente con le norme in vigore nel tempo delle conoscenze professionali richieste.

Il sintesi il fine dell'accertamento professionale, fine questo fin troppo si tiene conto che l'obiettivo da raggiungere è il mantenimento - oltre che la qualità - di prestazioni qualitativamente e valutate in quanto ad efficacia, congruità, congruità con i bisogni di assistenza dei cittadini. Infatti il fine a cui mira la riforma è dichiarare quale presupposto per la garanzia di qualità l'accreditamento delle strutture e dei professionisti di chi è investito della gestione di risorse pubbliche in un bene pubblico qual è nel servizio alla salute dei singoli e della collettività.

Il principio della irrinunciabilità del mandato attribuito alle istituzioni per quanto attiene il processo di accreditamento unitamente al principio di responsabilità di essere sottoposti

al processo di accreditamento, è opportuno soffermarsi a considerare nel merito l'impatto del processo sui professionisti o meglio, provare ad identificare quali dovrebbero essere

- gli ambiti di valutazione (cosa accreditare),
- i tempi/le fasi della valutazione (quando),
- le modalità della valutazione (come) e, non ultimo,
- i soggetti che attuano la valutazione e quelli che certificano i risultati della valutazione ai fini dell'accertamento del professionista (chi).

L'esperienza dei Paesi dove l'accertamento professionale è una realtà ormai da tempo ci potrà essere di aiuto per meglio approfondire gli elementi suddetti.

Che cosa accreditare

L'ambito specifico deve necessariamente essere delineato e puntualmente descritto.

Il profilo professionale delinea in maniera puntuale l'ambito di competenza e responsabilità specifica attribuito all'infermiere.

Per essere valutabile la competenza deve però essere declinata e strutturata in elementi oggettivi, verificabili, pesabili, onde evitare che le valutazioni formulate risultino soggettive ovvero esprimano giudizi e non valori che, ordinati in scala, consentano di attribuire un valore espresso in pesi/punti alla variabile considerata nel processo di valutazione.

Per essere valutabile la competenza dovrà infatti essere esplicitata e declinata rispetto alle sue componenti basilari e contestualmente esclusive: conoscenze, abilità, risultati, metodi e strumenti.

Ne deriva che l'ambito specifico di valutazione del professionista riguarderà la sua formazione, la pratica clinica, i risultati conseguiti attraverso l'attuazione delle pratiche assistenziali, il contesto organizzativo intendendosi con ciò sia la struttura nella quale il professionista presta la propria opera sia la modalità organizzativa da lui adottata nell'erogare le prestazioni di competenza (strumenti operativi, modello assistenziale, sistema documentale). L'ambito specifico di valutazione andrà peraltro declinato rispetto alle componenti essenziali della funzione esercitata dal professionista (funzione clinica, funzione organizzativo-manageriale, funzione educativo-didattica, funzione di ricerca) in quanto ciascuna di esse richiede competenze specifiche e diverse e rimanda ad elementi altrettanto specifici di valutazione.

Ciascun elemento andrà poi contestualizzato rispetto ai tempi della valutazione. È alquanto semplice, a tal proposito, acquisire come dato di fatto che l'infermiere neo

diplomato rimandi ad un ambito di valutazione diverso - per complessità e gradualità - rispetto ad un infermiere abilitato da alcuni anni e che abbia maturato e documentato una esperienza professionale in specifiche aree cliniche.

Quando accreditare

Trattandosi di un processo che coinvolge il soggetto tenentario della competenza specifica a lui riconosciuta e attribuita in forza dell'acquisizione di una altrettanto specifica abilitazione all'esercizio professionale, ne consegue che l'accertamento professionale si avvia partendo da un tempo zero (che corrisponde di norma al momento in cui il professionista accede al gruppo professionale iniziando la propria attività) e si sviluppa poi per l'intera vita professionale (in progress), verificando a cadenze temporali definite (di norma triennali) l'aderenza del professionista agli standard di conoscenza e abilità richiesti per il mantenimento della posizione "di merito" attribuitagli a fronte della prima valutazione.

Come valutare per accreditare

Tutti i sistemi di valutazione necessitano di un sistema di criteri/indicatori la cui specificità sia tale da garantire la valutabilità degli elementi che differenziano il valutato rispetto a tutti i soggetti valutabili. Tutti i sistemi di valutazione richiedono un sistema di misurazione che, oggettivando il risultato, garantisca la pertinenza, la congruità, la specificità e l'adeguatezza del giudizio.

Diventa quindi indispensabile definire gli elementi essenziali di ciò che si vuole valutare (formazione, pratica clinica, processo e strumenti) e definire per ciascuno la soglia di riferimento (soglia di accettabilità) per dichiarare accettabile il risultato della valutazione e quindi per determinare che il professionista è accreditabile rispetto a quello specifico elemento di valutazione.

Ciascun ambito di valutazione andrà pertanto descritto rispetto alle sue componenti essenziali ed esclusive (contenuto, tempi, modalità operative, risultati) e messo in relazione a sistemi di documentazione/registrazione che ne attestino e ne certifichino l'aderenza ai criteri/soglie di accettabilità.

Chi accredita

Tutti i sistemi di accreditamento vigenti nel mondo si caratterizzano per l'esistenza di authority indipendenti a cui è demandata la funzione di accertamento e verifica del possesso dei requisiti richiesti. Ciò per garantire autonomia e indipendenza di giudizio e, quindi, per garantire che il pro-

cesso e il risultato della valutazione non sia in alcun modo condizionato e influenzato da fattori interni che ne inficerebbero la validità.

Il ruolo di valutatore è di norma affidato a gruppi di professionisti appartenenti all'area di riferimento ma in posizione di estraneità (non appartenenza) sia rispetto al contesto nel quale vengono definiti i criteri di valutazione sia rispetto al contesto nel quale viene gestito il risultato della valutazione (nel nostro caso la struttura sanitaria o professionale di appartenenza).

Il ruolo di "esperto" viene di norma attribuito alle società scientifiche, per quanto riguarda la definizione dei criteri e del sistema di pesi/soglie e alle organizzazioni professionali di tipo istituzionale (Ordini e Collegi) per quanto riguarda l'attestazione/certificazione dei risultati della valutazione e la tenuta degli elenchi dei soggetti accreditati di quelli accreditabili.

Le norme presenti in Italia non forniscono al tema in questione soluzioni di tal genere, rimandando esse il tema dell'accREDITAMENTO professionale ad una commissione nazionale nella quale le componenti professionali sono rappresentate da soggetti nominati dagli Ordini/Collegi e della quale fanno parte rappresentanze del mondo sindacale, regionale, ministeriale, escludendo quindi qualunque coinvolgimento formale delle società scientifiche e delle associazioni professionali.

Andrebbe senza dubbio alcuno chiarito meglio il ruolo di ciascuno dei soggetti coinvolti nel processo di accREDITAMENTO, partendo dal presupposto che non sarà possibile comunque garantirne l'attuazione senza che i professionisti partecipino alla sua costruzione e senza che a ciascuno sia garantito il rispetto dei ruoli e delle specificità.

Conclusioni

Strategica, ai fini del risultato, risulterà essere la scelta che le professioni e le loro strutture professionali faranno riguardo al condividere e sostenere insieme, piuttosto che ciascuno per il gruppo che rappresenta, logiche e modelli coerenti con lo scopo e le finalità a cui l'accREDITAMENTO professionale tende. Strategica sarà la capacità di coesione che il mondo professionale saprà dimostrare nel portare avanti un progetto così importante per il sistema dei servizi sanitari e per lo sviluppo professionale, consapevole che le istanze da cui il progetto nasce sono tali da renderlo incontrovertibile e ineludibile.



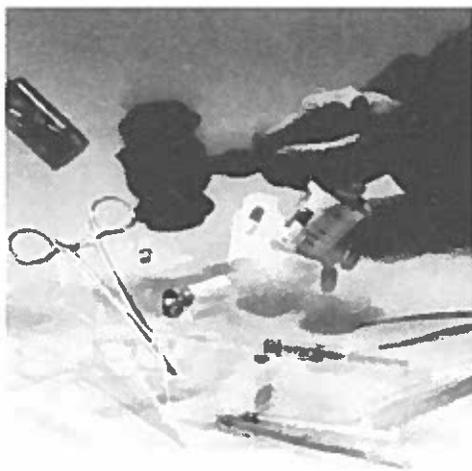
Destinatari

Medici, Infermieri, Giuristi

3° CONVEGNO NAZIONALE

Corso di aggiornamento

Firenze 15-16 giugno



il medico
e
l'infermiere
a
giudizi

*Convegno con forma dibattimento
sulle responsabilità condivise
medico-infermiere*

FIRENZE

PALAZZO DEI CONGRESSI

- Comitato scientifico: Dott. Antonio Panti, Presidente Ordine dei medici di Firenze •
 • Sig. Gianfranco Cecinati, Caposala Dipartimento di emergenza, Presidente Collegio di Firenze
 • Prof. Ferrando Mantovani, Ordinario di diritto penale, Università di Firenze
 • Prof. Gian Aristide Norelli, Ordinario di medicina legale Università di Firenze
 • Prof. Daniele Rodriguez, Ordinario di medicina legale Università di Ancona
 Coordinatore Comitato scientifico: Dott. Luca Benci, Cedipros

Dibattito



Obiettivo:

dibattere sulla relazione esistente tra
competenza, competenza e accreditamento del
professionista infermiere tenendo conto:

Decreto Delega n. 419/98 e decreto legislativo
n. 229/99

NL 1998 - 2001 contratto di lavoro del
personale sanitario

aggiornamento permanente

Richiesta di chiarimento

Cognome: Romigi
Professione: Caposala
Provenienza: Centro Rianimazione
Ospedale Sant'Eugenio, Roma

Vorrei fare due domande a D'Innocenzo.

Una riguarda il ruolo delle rappresentanze sindacali nell'iter che ha seguito D'Innocenzo sull'istituzione della dirigenza e della laurea per gli infermieri.

Faccio questa domanda perché si sentono all'interno della professione alcune voci ed una di queste parla addirittura di documenti arrivati in mano al Ministro Bindi, firmati in maniera congiunta da tutte le tre le rappresentanze sindacali CGIL, CISL e UIL, che ostacolano in qualche modo l'approvazione di questa legge.

Chiaramente queste sono voci, quindi sicuramente D'Innocenzo sarà in grado di dire se sono voci reali, per capire, se sono reali, il perché.

La seconda domanda riguarda invece una situazione in particolare della regione Lazio dove noi abbiamo la fortuna, rispetto a tante altre regioni, di avere una legge regionale che istituisce il servizio infermieristico in staff addirittura alla direzione generale.

Siccome è stato detto, facendo anche un po' di autocritica, che spesso ci sono dirigenti, caposala ed infermieri "scamorze" vorrei dare uno stimolo a tutta la platea.

Quali progetti reali ci sono di istituzione del servizio infermieristico nella regione Lazio?

Io ho la sensazione che in questo caso siamo veramente "scamorze".

Un'ultima cosa ad Annalisa Silvestro: sia ieri che oggi è stato detto di volare alto e di puntare a determinate cose anche in funzione dei cambiamenti che stanno avvenendo; io sono d'accordissimo su questo, non vorrei però che succedesse una cosa che sento in giro, dalle esperienze di tutti, che si crei un divario grossissimo fra nord e sud Italia.

Richiesta di chiarimento

Cognome: Ostellato
Professione:
Provenienza: Cardiocirurgia Padova

Volevo anch'io fare una domanda alla signora D'Innocenzo, in quanto dal suo osservatorio preferenziale forse mi potrà illuminare.

Sia lei che il dott. Grilli l'altro giorno hanno parlato dell'importanza di coinvolgere il personale nel processo di riforma, anzi il dott. Grilli sosteneva addirittura che l'insuccesso delle riforme precedenti era legato al mancato coinvolgimento del personale.

Io credo che questa sia una cosa molto importante però penso anche che la riuscita delle riforme sia legata anche alla volontà effettiva del governo di andare ad intaccare dei centri di potere che purtroppo esistono nella nostra sanità e che costituiscono un buco nero per quanto riguarda i finanziamenti, visto che poi le riforme vanno sempre nell'ottica del contenimento della spesa.

Inoltre, vi sarà o vi è un controllo permanente sull'accREDITAMENTO delle strutture e dei professionisti?

Un altro quesito che volevo porre riguarda il fatto che abbiamo ieri ascoltato una serie di relazioni relative a ricerche sulla RCP molto interessanti ma svolte, però, per lo più in paesi anglosassoni: a che punto è la ricerca in Italia?

Volevo anche rispondere al collega del Lazio che è appena intervenuto: io penso che dobbiamo solo avere la consapevolezza di quello che siamo e di quello che dobbiamo diventare.

Interviene M. D'Innocenzo

Lo strumento delle rappresentanze sindacali unitarie è uno strumento validissimo che ha portato in avanti il livello di partecipazione alle politiche aziendali, ai diritti dei lavoratori.

Non è però la stessa cosa con alcune posizioni che il sindacato può assumere rispetto a delle fasi di sviluppo delle politiche professionali che sono particolarmente significative.

Il mio ruolo non mi consente per

alcuni versi di esternare posizioni personali.

Allora, se voi me lo consentite, vorrei rispondere nella veste di collega, con l'esperienza personale che comprende anche questa collaborazione triennale.

C'è un documento, dei segretari dei sindacati confederali dell'area della sanità, inviato al Ministro e al responsabile della Conferenza Stato - Regioni che si occupa della parte sanitaria compresi gli aspetti sindacali, in cui c'è un invito a prendere in considerazione lo stato delle trattative e quello che rimane da chiudere per quanto riguarda l'applicazione del contratto e anche le condizioni per andare a definire il quadro per la negoziazione e la possibilità insieme al decreto sulla normativa concorsuale, che chiude il percorso stabilito dal D.M. del 30/1/1982 e del D.P.R. 761/79, e che può rendere realizzabile tutto il percorso delle progressioni orizzontali e verticali.

Quindi c'è una richiesta legittima di modificare la bozza pubblicata sul *Sole 24 ore*, che badate bene è una bozza fatta da un funzionario del Ministero che è stata già propagandata come decreto, mentre quello era uno strumento di lavoro.

Infatti molti soggetti, fra i quali la Federazione Nazionale dei Collegi, hanno espresso preoccupazioni, che io peraltro condivido.

Quello è uno strumento di lavoro, al quale verranno apportate, mi auguro, modifiche; c'è la possibilità di lavorare su questo.

Quindi i sindacati rappresentano queste preoccupazioni al Ministro e nell'ambito di una serie di riflessioni che si fanno c'è anche la riflessione su come alcune leggi discusse in parlamento possono entrare nel merito di quelli che sono gli ambiti, la natura del sindacato.

Argomentano tutto questo con alcune riflessioni opinabili, perché in realtà tentano di sollevare questioni sulla titolarità del parlamento a discutere delle istanze che secondo me non sono assolutamente discutibili in quella sede.

Noi oggi ci troviamo di fronte ad una presa in carico da parte del parlamento di istanze delle professioni sanitarie che hanno legittimato il parlamento a regolamentarle.

Il sindacato non si può sentire depauperato di un compito che non è quello di decidere circa il percorso formativo o il riconoscimento in termine di valore e di percorso delle professioni, il sindacato deve stare di fianco alla professioni per contribuire al loro sviluppo e quindi alla possibilità che lo sviluppo sia compiuto e che vengano valorizzati quegli stessi elementi che lui per primo nell'ambito del contratto ha posto come strategici.

Io ritengo che, lo dico con molta serenità, il sindacato debba stare di fianco in questa battaglia e deve essere uno degli elementi che supporta questa battaglia per la dirigenza e per la laurea ma anche per il riconoscimento, attraverso tutti quelli che oggi sono i passaggi attraverso il servizio sanitario nazionale, della valorizzazione delle professioni e specificatamente della professione infermieristica.

Non può non essere un compagno di viaggio importantissimo per la professione.

Guai a pensare che chi rappresenta i lavoratori non debba essere quello che sta di fianco ai lavoratori, professionalmente competenti, per far sì che questi siano sempre più qualificati ad erogare le prestazioni ai cittadini, che anche loro devono garantire nel momento in cui garantiscono i diritti di tutti.

Allora io ritengo che non vanno enfatizzate le contrapposizioni, non vanno create contrapposizioni, vanno cercate tutte le condizioni ed il terreno perché insieme si possano raggiungere i risultati.

Io penso che tutti debbano riflettere sulla necessità di non fare una guerra tra poveri, perché la guerra fra poveri fa vincere i ricchi, cioè quei poteri forti di cui abbiamo parlato oggi.

Io pensavo di venire qui e di portarvi l'approvazione in sede redigente della 4980.

Invece mercoledì 10 alle ore 18 si è discussa in dodicesima commissione la presentazione di emendamenti alla 4980, che voi sapete è in sede redigente perché l'opposizione ha negato la legislativa, quindi la possibilità di concludere, come per la L.42/99, direttamente in commissione, per poi passare alla discussione in aula.

La presidente ha dovuto bloccare il

provvedimento ed il sotto Bettoni ha rimandato a una seduta perché alcuni deputati risollevato il problema della chiarezza ed inequivocabilità delle funzioni mediche e quindi hanno sollevato il problema della chiarezza ed inequivocabilità delle funzioni di cura e di terapia del medico da parte dei medici laureati.

Quindi siamo ritornati a ve

Sono state sollevate questioni sulle funzioni mediche da parte di deputati che dentro l'aula erano d'accordo a portare questa legge, creando un problema nel relatore dei Democratici sinistri che aveva invece chiesto gli emendamenti.

Questo ci ha fatto ritornare ci ha posto il problema che o vincere se c'è unità di vedute che è l'obiettivo.

Mi preoccupa che in questi giorni noi dovremmo tutti definire i certi che qualificano la professione per la progressione all'interno delle aziende, utilizzare lo strumento della formazione, utilizzare tutte le risorse che ci sono, noi invece rimangono su posizioni anche culturalmente divergenti perché ci dividiamo sul di chi deve appropriarsi di questi temi.

Qui il problema è di essere in grado di raggiungere l'obiettivo e portare il risultato.

Rischiamo, se cambia l'assetto, che non ci sia più la stessa garanzia lo sviluppo della professione infermieristica.

È bene che questa cosa la s

Io colgo l'occasione per un senso di responsabilità comune e di condivisione dei percorsi.

Io ritengo che l'istituzione del Servizio Infermieristico nella Regione Lazio sia stata una bella battaglia e siamo riusciti.

Sta adesso al ruolo che assumono gli organismi della professione e dall'altro tutti gli infermieri nelle aziende che insieme inducono le direzioni aziendali a scegliere sul servizio infermieristico.

O noi rappresentiamo la voce del cambiamento e lo traduciamo in provvedimenti, e questo è un di

e le attività infermieristiche, assenza del servizio infermieristico diventiamo i referenti veri e propri degli infermieri oppure gli infermieri possono vivere come quelli che con loro fanno battaglie per il loro diritto.

Altri infermieri hanno forti perplessità sulla tenuta e sulla coerenza del gruppo professionale.

Altri infermieri devono potere incidere sulla direzione delle attività infermieristiche.

Un altro punto riguarda la domanda sulla valutazione, devono essere riconosciuti i diritti di partecipazione dei medici e di tutti i professionisti attraverso un atto, che è quello di protocollo di valutazione dei direttori generali, così come lo pone il D.L.

Il direttore generale viene valutato in base a programmi di lavoro, impegno e partecipazione degli infermieri dentro i sistemi di formazione.

La valutazione periodica sull'andamento dentro le aziende attraverso il ruolo di presidio da realizzare con i collegi e le associazioni professionali.

È importante che i collegi professionali, è importante che si crei una logica di autoreferenzialità e di autonomia, sui rapporti con le università, su come vengono presidiati i collegi qualificanti.

Adesso, adesso abbiamo anche i collegi dei collegi.

Proviamoli per fare in modo che siano elette persone qualificate, persone che sono aperte anche alle critiche costruttive.

È importante che le opportunità ci siano, che da come noi le vogliamo utilizzare.

Intervista A. Silvestro

Un punto riguarda lo stato della ricerca, ci vorrebbe una giornata per analizzare la questione.

Il riferimento del piccolo contributo ANIARTI darà.

Domani in Consiglio ANIARTI per preparare e discutere le modalità per elaborare dei progetti di ricerca e sperimentazione in alcune realtà nazionali ed in

cui risultati saranno presentati nel prossimo Congresso Nazionale.

Ci stiamo orientando in questa direzione.

Interviene A. Dalponte

Il collega pone il problema relativo ai servizi infermieristici.

Vorrei fare una proposta, poiché tutti rispetto a questo stiamo sperimentando senza maestri e quindi c'è una grossa difficoltà, di aprire un tavolo permanente in Federazione per dare le linee guida affinché ogni direzione di servizio infermieristico proponga poi un piano triennale di azioni strategiche per la qualità dell'assistenza.

Se non abbiamo strumenti di visibilità, se non abbiamo una rete anche di supporto, di confronto, temo che andiamo ad esporci in una situazione già sperimentale, già controversa spesso fra i vari quadri e quindi perdendo un'opportunità invece che valorizzarla.

Interviene M. Casati

Io volevo fare due riflessioni sullo stato della ricerca.

Silvestro ha detto qual è il percorso dell'ANIARTI in questo senso e crediamo comunque di essere promotori di un processo in cui ci siamo attivati in modo lungimirante già qualche anno fa.

Però lo stato della ricerca in Italia chiede sicuramente di fare delle riflessioni su quanto gli infermieri nel tempo sono stati vicini alla ricerca, su quanto l'hanno vista in ottica di consumatori di ricerca e quanto l'hanno promossa come professionisti.

Sul discorso culturale si potrebbe fare probabilmente un seminario, ognuno pensi alla propria formazione, alle citazioni bibliografiche ed alla scientificità di quello che ci è stato trasmesso ed in che modo ha aggiornato le proprie competenze ed ha consultato punti di riferimento per trovare spunti scientifici.

Quello che io credo in questo momento è che c'è comunque da ragionare molto anche sui metodi e sul finanziamento della ricerca.

Servono persone ad hoc che promuovano tutta una serie di processi legati sia alla lettura dei lavori di ricerca

che sia all'implementazione di lavori di ricerca che abbiamo alla fine dei dati che hanno un peso perché sono controllati.

Uno dei discorsi che sicuramente va affrontato nei prossimi anni è che peso avranno i ricercatori all'interno della regolamentazione professionale.

Il 3 novembre il Ministero dell'Università ha approvato una revisione sostanziale della legge 341 del 1990 che prevede il Diploma Universitario, di laurea ed il dottorato di ricerca.

Si rivoluziona il percorso in linea con le direttive europee.

Dobbiamo presidiare questi processi come professione se vogliamo che sia completa ed autorigenerante.

Una delle cose che però mi viene da dire è che gli infermieri hanno in questo momento due aspetti, uno positivo ed uno negativo, rispetto a questa funzione della professione; un atteggiamento culturale cambiato, sostanzialmente sempre più vicino alla ricerca e anche le spinte del contesto che interagendo con la professione e influenzato dalla professione li porta sempre più vicino come atteggiamento alla ricerca.

Continuo a trovare però, all'interno di questo argomento, delle difficoltà importanti che sono, la prima, il fatto che probabilmente l'utilizzo della lingua inglese toglie la possibilità di consultare delle riviste che sono oggi a livello infermieristico di grande valore, di straordinaria tenuta in termini scientifici, ma che chiaramente hanno un linguaggio di tipo anglosassone.

L'altro aspetto che io continuo a trovare molto difficile da gestire è la ricerca bibliografica, la sistematica ricerca bibliografica oggi non trova da parte della professione dei supporti ben strutturati per la professione medesima, ricordo che a tutt'oggi solo due sono le riviste indicizzate su medline, pubblicate in Italia, e abbiamo ben più di due riviste che possono avere un valore di un certo interesse.

Aggiungo per questione di constatazione quotidiana, lavorando nella formazione, il problema più serio è che non esiste un sistema bibliografico nazionale di natura disciplinare che ci permetta di reperire i testi che ci interessano in modo non dico semplice ma almeno raggiungibile.

Interviene

Cognome: Guasca
 Professione
 Provenienza: Imperia

Parlo come una ex sindacalista molto delusa.

Io vorrei sapere quanto conta il sindacato, quando verranno fatti gli accreditamenti, quando si definiranno i criteri etc., ma sul tavolo delle contrattazioni periferiche perché purtroppo, perlomeno nella mia realtà, dobbiamo essere tutti uguali, non devono esserci differenze per gli incentivi, per il trattamento economico, non bisogna premiare qualcuno, ma tutti devono avere una quota uguale.

Chiedo poi un'altra cosa in merito alle specialità.

Da noi non sono stati avviati corsi o quant'altro, ma da qualche altra parte è partito qualcosa ?

Interviene A. Silvestro

Cognome: Danella
 Professione
 Provenienza: 118 Roma

Rispondo al collega del Sant'Eugenio. Nel Lazio ed in particolare nella Azienda San Camillo Forlanini, esisteva già un servizio infermieristico in staff al Direttore Generale, è stato trasformato il mese scorso in Dipartimento Infermieristico sempre in staff al Direttore Generale, con a capo un dirigente infermiere.

Cognome: Saccà
 Professione: Caposala
 Provenienza: Reggio Calabria

Io penso che tutto quello che sta accadendo è frutto di impegno e di una professionalità che prima o poi sarebbe dovuta venire fuori.

Dopo tantissimi anni di esperienza, mi sono reso conto che noi infermieri siamo stati e siamo tutt'ora spiazzati da altre figure professionali, quindi nei posti dove si fa formazione, organizzazione, nei punti chiave dei processi gestionali e nel sindacato.

Probabilmente perché abbiamo avuto e abbiamo poco tempo da dedicare alle problematiche "non direttamente assistenziali", e quindi altre figure hanno occupato quei posti.

Io chiedo una cosa semplice e chiara, che gli organi preposti a rappresentarci e a tutelarci ai vari livelli siano più presenti nei riguardi degli infermieri, che ci sia più comunicazione e che non restino arroccati dentro le loro roccaforti di pseudo potere.

Richiesta di chiarimento

Cognome: Maranelli (?)
 Professione:
 Provenienza: Verona Unità coronarica

Io spero che D'Innocenzo possa aiutarmi a togliere la spina irritativa corticale ed epidermica che il suo intervento mi ha provocato.

Io parto da un presupposto, a parte il bell'intervento della D'Innocenzo che è stato molto esplicativo, ha detto un cosa importante e cioè che questa legge, la 229/99, impone la scelta dell'obbligatorietà dell'accREDITAMENTO sia come struttura che come professionisti, io quindi chiedo:

- *questa legge cambia la forma o cambia la sostanza? Il clientelismo, e su questo lei non ha dato una risposta alla collega di Padova che parlava di buchi economici e di lobby di potere, il clientelismo esiste ancora, dove sono i politici? Io assisto impotente "scamorza" a quello che vuole, le dimissioni precoci di pazienti per far posto ai clienti dei primari, questo è un costo economico che porta la mia azienda a dire non ho soldi per assumere infermieri.*
- *Silvestro dice sempre che la legge non ammette ignoranza, e prima ha detto una cosa importante, chi valuta chi e che cosa, ma scusatemi chi controlla chi, che cosa ?*

Interviene

Nome: Marianna
 Professione:
 Provenienza: Rianimazione

Io vorrei sollevare il problema sulla qualità che genera differenza e che genera competizione.

Non vorrei che questa estrema competizione generi alla fine un danno alla professione, in quanto siamo una professione in crescita

Interviene A. Brandi

Attenzione a non confondere la concorrenza con competizione, cose molto diverse.

La competizione è un elemento naturale nelle cose e nelle persone, è quella spinta, quella tensione che porta le persone a volersi migliorare. È questa la competizione di cui parlavo io.

Sul ruolo del sindacato nel trattamento professionale, sotto il fatto che parliamo di professioni e competenze, non stiamo parlando di lavoro, sono due cose un po' diverse. La Dalponte c'è l'ha descritto bene.

Quando parliamo di competenza di professionalità, di arricchimento delle competenze, penso che non possiamo valutare questo in termini di infermieri.

Ci si confronta sui risultati e sulla valutazione della competenza, ma quel risultato dipende dalla ricchezza del lavoro, quindi il corrispettivo e la carriera.

Ma, ripeto, come si valuta la competenza, se è competenza professionale e se è competenza della professione infermieristica, penso spettino ai giudici.

Ma attenzione, lei ha detto per il sindacato siamo tutti spiazzati, purtroppo il cambiamento anche il sindacato, non solo i sindacati ed il sistema sanitario.

Qui si sta parlando di un cambiamento culturale, che coinvolge tutti, in quanto soggetti sono tenuti a cambiare anche il sindacato e questo.

Interviene A. Silvestro

Rispetto al discorso specifico, visto che la collega ha parlato dello stato dell'arte, posso dire che siamo ancora fermi.

Anche nel precedente Consiglio ANIARTI era stato detto che presentato il progetto al Mir tutti gli organismi deputati a fare avanti, ma siamo ancora in questa situazione.

gresso di Rimini della
one dei Collegi, il Ministro ha
pegno, anche su questo spe-
a vero, perché impegno era
so anche un anno e mezzo fa
vamente non è stato minima-
riorato.

teremo il Ministro non solo
derazione dei Collegi, ma an-
e Associazione e vediamo se
o a smuovere questo tipo di
ie.

quanto riguarda il collega di
Calabria, penso che più che
nanda sia una riflessione e
ione su alcune tematiche,
dendo in pieno le sollecitazio-
sono giunte.

le M. D'Innocenzo

ono mai riuscita ad essere così
dal punto di vista corticale, mi
be con qualcuno però.....

dato una lettura del D.L.
particolarmente positiva, per-
imparando strada facendo a
quelli che sono gli elementi di
rità che ci vengono dati e a
tutto per poterli sviluppare e
al risultato anche tenendo
i metodi e delle strategie.

è probabile una visione del
to bicchiere mezzo pieno, che
re discutibile, però è quella che
fatto arrivare a dei risultati e la
non è roba da poco, ma non è
ella, anche la filosofia che c'è
per esempio la legge ha tenuto
una serie di input che sono stati
he da noi, per quanto riguarda-
i articoli, nonostante la sop-
e dell'articolo 17quater.

li io sarei orientata a portare
enti positivi. Allora non sono
lo sull'aspetto formale rispetto
sostanziale e ve lo dico.

o convinta che è cambiata la
perché se noi dovessimo dire,
rpio, che i risultati sulla cultu-
professione infermieristica si
uti subito dopo l'emanazione
ilo diremmo che in realtà il
on ha prodotto niente; il profi-
nnescato un meccanismo a
che ci ha portato ad una serie
onsequenti ad una progressiva

Perché sto facendo riferimento al
profilo?

Perché questa è la terza riforma che
noi facciamo e le ricadute positive di
questa riforma noi le avremo tra qual-
che anno, ma è anche vero che noi
progressivamente dal 1978 in poi
abbiamo visto un passaggio forte della
tutela dei diritti del cittadino per quan-
to riguarda la salute, qui non stiamo
parlando di diritti degli operatori, ma
anche dei diritti degli operatori in
quanto cittadini e di un sistema pubbli-
co in cui ognuno di noi paga il suo
contributo al SSN ed ognuno di noi
quando fa il cittadino pretende di avere
il servizio migliore che ritiene di pote-
re avere.

Allora rispetto a questo io ritengo che
questa riforma sia andata a coprire
alcune criticità come per esempio
quella del mercato sanitario, che era
sregolato, perché c'erano alcuni punti
della riforma De Lorenzo che io perso-
nalmente non condivido, e come me
la professione in generale, in quanto
noi per primi dicevamo che il modello
di salute che insegnamo agli infermieri
e che condividiamo non è poi in realtà,
quel modello che attraverso i DRG
viene garantito.

Allora questa contraddizione a cui
prima facevo riferimento in realtà era
regolata da un mercato economico sreg-
olato in cui un DRG rappresentava una
quota di finanziamento dentro cui c'era
soltanto un'attribuzione economica,
dove il carico assistenziale non era defi-
nito, per cui a parità di tipologia di dia-
gnosi, di patologia, non c'era in realtà la
stessa parità di consistenza assistenziale.

Allora a me pare non un cambio di
forma, ma di sostanza enorme.

Quando noi diciamo che non va più
bene la parte del DRG, ma che noi cit-
tadini iniziamo a pagare la funzione
assistenziale e definiamo alcuni per-
corsi, in cui si vanno ad equilibrare
meccanismi di inappropriata come
succede nell'emergenza sui codici
bianchi, dove non c'è un filtro del
medico di famiglia, non c'è un sistema
di controllo ed il codice bianco viene
remunerato come un codice rosso.

Era un sistema che andava regolato,
in cui alcune cose dovevano essere
considerate per la sostanza che c'era
dietro.

Se noi abbiamo definito oggi l'elenco
delle prestazioni appropriate, su cui
tutti devono fare i conti, per cui il
medico non può più prescrivere tre
risonanze se non stanno dentro le linee
guida che grazie anche all'accredita-
mento validano che quella prestazione
è realmente efficace, e di contro fac-
ciamo l'elenco di tutte quelle che non
sono efficaci, noi facciamo saltare quel
meccanismo della clientela che su que-
sto si basa; che si basa sul fatto che, per
esempio, ed è un altro fatto di sostanza,
i medici, ma non solo i medici, siano
potuti stare contemporaneamente
entro gli ospedali e nelle case di cura.

Ora da un lato non si possono più
permettere di non erogare prestazioni
appropriate, ci si deve rifare a linee
guida, a criteri di evidenza scientifica,
che dicono che alcune cose si possono
fare nelle strutture pubbliche o in quel-
le accreditate ed un surplus di presta-
zioni che non fanno i conti con l'evi-
denza scientifica non si vanno più a
fare nelle case di cura private o negli
studi professionali.

C'è la possibilità di innescare un
meccanismo le cui ricadute in termini
pratici non saranno immediate, il mec-
canismo di clientele che ha prodotto il
debito pubblico lo si sta risanando da
pochi anni.

Non ci dobbiamo dimenticare di
come il sistema sanitario si stava proiet-
tando verso un meccanismo di libera-
lizzazione del mercato, per cui il pro-
blema che si ponevano i direttori gene-
rali era fare quadrare i bilanci.

Oggi non sarà più quello l'indicatore
su cui verrà confermato il direttore
generale, ma sarà la corrispondenza fra
il raggiungimento degli obiettivi di
salute, le risorse impiegate, la possibi-
lità di erogare quelle prestazioni.

I bilanci si faranno su quelli con la
contestualità delle risorse impiegate,
dei fondi da assegnare.

Io spero di avere fatto venire le spine
irritative a chi questo sistema non lo
voleva.

Il problema che mi pongo oggi è di
come assicurare un sistema che sia
equo e solidale, questo è il problema
che abbiamo, e che faccia i conti con il
fatto che qualcuno vorrebbe che il
sistema non fosse equo, non fosse
uniforme sul territorio nazionale.

Noi abbiamo regioni povere che se continuasse a funzionare un meccanismo di mercato darebbero poche prestazioni solo ai poveri, mentre molti altri se le pagherebbero da sé.

Innescheremmo un meccanismo di tutela solo per i più ricchi, come accade da qualche parte.

Io sono convinta di stare dalla parte di quelli che vogliono un servizio sanitario che metta tutti i cittadini, indipendentemente dal censo, nelle condizioni di potere ottenere le prestazioni che servono, e anche un sistema che sia in grado di qualificare contestualmente le prestazioni anche attraverso gli operatori, ritengo che chi ha più soldi possa pagare le cose che desidera avere e chi non li ha si possa organizzare per avere le prestazioni che non sono essenziali con un meccanismo regolato in cui l'aspetto economico sul valore salute incide solo nella misura in cui le risorse devono servire per fare le cose essenziali, per rappresentare una società civile che si fa carico soprattutto dei più deboli.

Le clientele, i poteri forti con questo meccanismo, se noi ci sforziamo di contribuire ad esso per ciò che ci compete, con le competenze e la qualità

delle prestazioni che noi possiamo dare, vengono spezzate.

Certo, ci vorranno ancora anni, perché in questo paese non tutti vogliono un servizio sanitario così, anzi ci sono regioni che dicono che si possono accreditare tutti, che si possono gestire tutte le risorse a disposizione senza pensare a quelle povere perché qualcuno ha fatto razzia del denaro pubblico.

Collegi, cominciamo ad essere realistici, certe cose esistono, ma noi come cittadini e professionisti abbiamo un compito grosso anche nel migliorare questa riforma.

Questa riforma ha criticità forti, come quella di non avere la dirigenza infermieristica ed io su questa che ritenevo una sconfitta troppo grossa avevo deciso di lasciare perdere, e se non l'ho fatto è stato grazie anche al sostegno di molti colleghi, tra cui Drigo e Silvestro.

Facciamo le battaglie perché questi aspetti vengano modificati, utilizziamo gli strumenti che abbiamo al livello locale; dipende molto dalla nostra capacità, senza preoccuparci di chi sta indietro.

Interviene A. Dalponte

Io condivido questo problema; le lobby ci sono ed hanno sempre più forza.

Questa intelligenza sociale che comunque questa società pre più spazio a queste mod.

Il punto è che noi non possiamo continuamente isolarci.

Spesso stiamo fuori dal perché siamo a disagio, pe sono strutture che hanno un hanno un peso nei processi li, ed io penso che forse abb degli errori di percorso dove mieri ci siamo un pochino dentro la nostra specificità, del tempo nelle alleanze.

Occorre che ci alleiamo con lobby, perché altrimenti non a casa nulla .

L'ANIARTI è una associazione che aggrega, che fa vec me 1600, 1700 infermieri, m altra possibilità, al di là di qu ciazione o della Federazione Collegi IPASVI che aggregano mieri.

Siamo troppo di categoria, i aggregarci ad altri punti di pe

Di sicuro il sindacato avrà ci mancherebbe, è storico, ha di relazioni e di rapporti i dobbiamo entrarci, dobbiamo modo di dialogare con loro.

C.D.I.

Centro Documentazione Infermieristica

Attraverso questo servizio è possibile fare ricerche su tutte le riviste internazionali di infermieristica ed avere le copie degli articoli delle principali riviste

Punto di contatto all'interno di Aniartipoint.



Segreteria organizzativa: ANIARTICOOP s.c. a r.l.

c/o ANIARTI Via Val di Sieve, 32

50127 FIRENZE

Tel. 055/434677 Fax 055/435700

www.aniarti.it e-mail-aniarti@aniarti.it

a cura di: Luca Benci

Giurista - Direttore della Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie (Lauri Editore)

Riflessioni da un articolo
di giornaleRiflessioni da un articolo
di giornale

L'IFESTO - 18 Marzo 2000

chiamata "Incantesimo" la soap
ra che "Raidue" trasmette in
na serata il giovedì. La scorsa -
ore e un tradimento - si è pensa-
ai telespettatori un brivido alla
1 prima linea". Nella reception
di cura di alto bordo dove si
vicenda, arriva una bambina in
li soffocare per aver inghiottito
e, ma tutti i medici sono impe-
essuno le presta soccorso. Solo
ne infermiera, in attesa per un
di lavoro, capisce la situazione e
praticando una tracheotomia.
assumerla come caposala i
ella casa di cura ha accusano di
ato di sgozzare la bambina e
to di denunciarla per esercizio
ella professione medica. Poi ci
e le offrono un posto da inser-
ragazza sarebbe dovuta anda-
rima stazione dei carabinieri e
re il fatto, ma è povera e accetta
Quando si dice Rai educational.
dità, come al solito, supera ogni
e è vero che un uomo sentitoso
enta metri dal pronto soccorso
tale di Santa Maria Nuova nel

DICATRENTATRE

Medici
in retrovia

ADELCHI TOSCANO

centro di Firenze, ha dovuto attendere
l'arrivo di un'ambulanza perché secondo
il regolamento i medici non possono
intervenire fuori dalla struttura ove lavo-
rano. Il signore ricoverato purtroppo è
morto dopo qualche ora e probabilmente
i 10 minuti trascorsi nell'attendere l'am-
bulanza non avrebbero modificato l'esito
finale. Ciò nonostante l'episodio rivela
tutto l'orrore di un sistema sanitario che
ha perso l'obiettivo primario di curare
chi sta male. Ci si trincerava dietro i regola-
menti ignorando il codice penale che
impone in circostanze eccezionali di inter-
venire sempre e comunque, esplicitando il
concetto di "stato di necessità" secondo il
quale quando si tratta di immediato peri-
colo di vita non c'è alcuna regola che
tenga. Se i medici di guardia dell'ospeda-

le fiorentino sono stati informati e non
sono intervenuti hanno torto. Questo caso
deve far riflettere sullo stato dei medici
che lavorano nelle strutture pubbliche.

"Non sono disposto a rischiare nulla di
più di quello a cui sono tenuto per un
sistema che non valorizza la mia profes-
sionalità".

Sono di questo tono i discorsi più diffusi
tra i camici bianchi, forse pagati poco,
sicuramente schiacciati in una struttura
ove il primario svolge il ruolo di padre-
padrone. Tra i medici pubblici si è sele-
zionata una razza di medici-burocrati per
i quali questa è la strada che conduce a
far carriera. E come dar loro torto, se già
al momento dell'assunzione vengono
esclusi i più capaci come è capitato a
Perugia in un concorso per neonatologi

ove i tre candidati con maggiori titoli sono
stati bocciati con l'incredibile motivazio-
ne di aver numerato le pagine della prova
scritta. Mezzucci ipocriti, quando all'e-
stero basta un curriculum vitae e un'in-
tervista al candidato per stabilire chi è più
idoneo a ricoprire un dato incarico. Se in
altre realtà il livello di assistenza migliora
cambiando le regole, occorrerebbe per le
strutture pubbliche uno scossone che speri-
menta tutti gli operatori della sanità in
prima linea, a cominciare da chi ha più
responsabilità. E invece si versa in uno
stato di perenne narcosi mentre la mala-
medicina arruola nuovi yes-men con la
promessa del potere secondo la logica gat-
topardesca di cambiare tutto perché non
cambi nulla. Neanche l'istituzione di
direttori generali, sembra aver migliorato
la situazione. Nessuno ha voluto che si
istituissero gli "audita" - organismi indi-
pendenti che controllano le attività sani-
tarie misurandone l'efficacia a fronte
delle risorse utilizzate - nelle aziende
sanitarie. Sarebbero un modo per razzo-
nalizzare il lavoro negli ospedali pubblici.

o spunto da un articolo di un quoti-
zionale (*Il manifesto* del 18 marzo
una serie di riflessioni legate agli
telli infermiere e del comune cittadi-
a di emergenza.

scritti dall'articolo sono due: il
cui all'interno di una popolare soap
lescrive una situazione di emergen-
za una infermiera, non in servizio,
e una tracheotomia, atto da sempre
nella competenza non solo mediche
medico-specialistica.

o descrive un fatto realmente avve-
nuto a Firenze, in cui il personale
di soccorso si è rifiutato di interveni-
re di fronte di un cittadino che si era
male in una zona posta nelle imma-
nanze del pronto soccorso, per altro
centro cittadino.

o caso vede una situazione del tutto
normale, in cui l'infermiera intervenuta è
stata denunciata penalmente per esercizio
illegittimo della professione medica.

o caso che realmente può essere credibi-
le, si riferisce non tanto alla minaccia,
in quanto alla possibile situazione di
emergenza reale. L'infermiera ha realmente
commesso un reato?

o caso che nella logica mansionariale era
molto agevole e forse lo è in parte
oggi. In effetti la manovra in questione

rientra a pieno titolo, a tutt'oggi nella com-
petenza medica, ma l'infermiera comunque
non poteva, nel caso di specie, essere denun-
ciata in quanto aveva commesso il fatto per
salvare una persona da un pericolo attuale di
un danno grave e quindi, come specifica l'ar-
ticolo 54 del codice penale, non è punibile.
L'articolo 54 contiene quella situazione che
in diritto penale si chiama scriminante, esi-
mente o causa di esclusione dalla pena: si
commette il fatto illecito, ma non si può esse-
re puniti proprio perché si è agito in stato di
necessità.

Decisamente condivisibile lo stupore del
giornalista che si aspettava l'assunzione del-
l'infermiera come caposala (o quanto meno
un encomio) e invece gli autori della soap
opera la fanno assumere come inserviente
(ausiliaria).

Il secondo caso invece prende lo spunto da
un caso di cronaca, per altro più volte acca-
duto. La domanda da porsi in questo caso è
la seguente: i medici e gli infermieri di un
pronto soccorso devono intervenire se sono
portati a conoscenza di persone che necessi-
tano di un soccorso nelle vicinanze (comun-
que esterne) di un pronto soccorso? Rischia-
no una incriminazione per omissione di soc-
corso? La risposta anche in questo caso è
negativa, in quanto l'art. 593 del codice
penale, articolo che regola proprio l'omissio-

ne di soccorso, stabilisce che per aversi il
reato di omissione occorre che una qualsiasi
persona, non necessariamente un medico o
un infermiere (il codice precisa "chiunque"),
deve "trovare" la persona da soccorrere, deve
cioè come da sempre ha avuto modo di sta-
bilire la giurisprudenza "imbattersi" a livello
sensoriale (sentire gridare o vedere) nella per-
sona da soccorrere, ma non è sufficiente, per
aversi reato, averne notizia.

Il dato giuridico può sembrare in effetti cini-
co e contrastare con il codice deontologico,
che come tutti i codici deontologici prevede
obblighi più pregnanti in casi come questo.
Questa è però la situazione normativa italia-
na che certo in tema di legislazione legata
all'emergenza non brilla, visto che ancora
tutto viene regolamentato da un vetusto arti-
colo 54 del codice penale sullo stato di
necessità di cui abbiamo parlato prima e che
risale al 1930.

L'aggiornamento organizzativo di questi ulti-
mi anni - la riforma del servizio sanitario
nazionale, l'istituzione del servizio di emer-
genza territoriale, la creazione di dipartimen-
ti di emergenza e urgenza - imporrebbero
anche una revisione del sistema di norme che
regolano il soccorso e lo stato di necessità.
Aggiornamento non più rinviabile.

a cura di: **Carlo Divo**

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, A.O. Ospedali Riuniti

Maurizio Moroni

Infermiere - Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Clinica Columbus - Mi

Oltre Confine



CHE COSA È

È un materiale informativo con il fine di aggiornare gli infermieri e di stimolare riflessioni riguardo ad alcune metodiche che vengono normalmente utilizzate in reparto.

DA DOVE ARRIVA

Materiale proveniente da:

- Cardiac-ITU Queen Elizabeth Hospital, Inghilterra
- Siti Internet

A COSA SERVE

Fornisce indicazioni di carattere generale sull'utilizzo di cateteri venosi centrali, utilizzo e conoscenze di farmaci.

COME VIENE UTILIZZATO E DA CHI

Parte del materiale viene utilizzato dagli infermieri del QEH, parte del materiale proviene da internet ed è messo a disposizione a scopo informativo e divulgativo.

PERCHÈ LO TRADUCIAMO

Dubbi e Preoccupazioni degli Infermieri Riguardo alla Terapia Infusionale ed ai Mezzi di Somministrazione

Questo articolo riporta i risultati di un sondaggio rivolto al personale infermieristico. Riguarda le conoscenze e le perplessità nella pratica della terapia endovenosa.

È tratto da un lavoro della libreria del RCN (Royal College of Nursing inglese)

Pubblicazioni come la riduzione delle ore di lavoro di "junior" medici, il rapporto Greenhalgh (Greenhalgh 1994), l'Allitt Inquiry (Clothier 1994), ed il risultato del "Lavoro di Gruppo di Esperti su Allarmi e Monitoraggi clinici" (Medical Devices Agency 1995), ha avuto e continuerà ad avere un forte impatto sulla gestione di questi presidi nella comunità e negli ospedali. La "Medical Devices Agency ha indicato che un numero significativo di incidenti correlati alla terapia endovenosa ed ai mezzi utilizzati (cateteri centrali, pompe infusionali, ecc.), non sono dovuti a difetti di materiali ma ad **Errori del personale che ne fa uso**. Alla luce di questo, è utile porre la massima attenzione sull'uso di questi mezzi.

Nuove Tecnologie e Rischi As

La somministrazione del endovenosa si è notevolmente negli ultimi 40 anni da una procedura, che sfruttava la so gravità, all'uso di sofisticate pr oniche multi-canale che po colare e somministrare autom te da frazioni di millilitri a gr tità di fluidi.

Sebbene l'avanzamento de logia abbia rivoluzionato i t disponibili per i pazienti, qu di conseguenza aumentato i relati al loro uso.

Ogni anno viene reso d qualche nuovo mezzo che miglioramento nel trattament cura del paziente, ma nessun gia sfugge alla responsabilità no arm" (non far del male), M C'è sempre la possibilità che l gia, se usata da mani inespe moltiplicare i rischi per il paz

Cateteri centrali, pompe inf tutto ciò che riguarda i me: somministrazione della terapi nosa sono stati designati per e dabili e sicuri; il personale s certamente responsabile per il

La maggior parte degli incic iati all'uso di questi presidi, si ti ad errori del personale piutt difetti del materiale (Barker19 1995). Il fatto che gli errori personale sia stato citato cor blema più grosso ha reso diff nere dei dati affidabili rigu cause di questi incidenti, fo conseguenze legali che possor il personale coinvolto.

Questionario rivolto agli infer

È stato fatto un sondaggio d del RCN Intravenous Specia Group, rivolgendo domande chiuse.

La maggior parte degli i interrogati lavorava in area crit coinvolto nell'assistenza di paziente.

I risultati hanno indicato ch deguata educazione sull'uso d per l'infusione endovenosa è u ma serio. Più del 48% degli

lato l'inesistenza di protocolli o. Solo il 2.4% ha commentato ricevuto informazioni durante infermieri.

22/VOLUME 10/NUMBER Wilkinson R (1996) Nurses' about IV therapy and devices. standard. 10, 35, 35-37.

è la traduzione di una parte olo che vuole porre l'attenzione di pompe infusionali, cateteri, farmaci in infusione, associazioni farmaci, ecc.

ante sia un argomento ben lettura di questo articolo ci ha ttere sul fatto che non sempre tiche utilizzate sono le più ite.

le informazioni vengono tra a infermiere a infermiere, memoria senza capirne i concetti

ed i principi che ci sono dietro, che permettono di utilizzare questi presidi con sicurezza, padronanza e competenza.

Come visto da questo articolo non esistono o sono pochi i protocolli al riguardo, mentre ne esistono innumerevoli sulla prevenzione delle infezioni, elenchi di materiale per il posizionamento del CVC, ecc.

Ciò che noi vorremmo trasmettere con questo articolo, è che l'infermiere è direttamente responsabile della sicurezza del paziente ed è tenuto a conoscere con competenza i rischi ed i problemi associati ad ogni pratica terapeutica che si effettua sul malato. In Inghilterra e negli Stati Uniti esistono protocolli e Standard Infermieristici a livello nazionale e tutta la nazione ne fa riferimento senza bisogno che nessuno si inventi nulla sull'utilizzo di questi presidi. In caso di coinvolgimento delle autorità

giudiziarie per problemi che possono essere correlati ad errori del personale sanitario, questi standard vengono tenuti in forte considerazione.

La pubblicazione di materiale scientifico e protocollato non deve lasciare alcun dubbio di interpretazione personalizzata.

UTILIZZO DEL CATETERE VENOSO CENTRALE MULTILUME

Il catetere venoso centrale è un mezzo che ci permette di somministrare contemporaneamente diversi farmaci (anche incompatibili tra loro) attraverso più vie con lumi separati e di monitorizzare la PVC.

Queste vie devono essere utilizzate in modo razionale, altrimenti potrebbero portare a gravi conseguenze per il paziente.

UTILIZZO	RAZIONALE
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizzazione PVC • Somministrazione di farmaci in bolo (antibiotici, diuretici, ecc) • Infusione di liquidi (Ringer, Glucosio, Fisiologica, di idratazione) 	<ul style="list-style-type: none"> • La monitorizzazione della PVC va fatta sulla via distale perché si apre sulla punta del catetere. Si ottiene così una migliore trasduzione rispetto alle altre vie che hanno la loro apertura sui lati del catetere e che facilmente possono andare a parete del vaso. La punta del catetere è posizionata a livello della cava superiore (e non nell'atrio destro). • I farmaci in bolo (antibiotici, diuretici, ecc) sono somministrati senza alcun problema di incompatibilità perché generalmente è una via che viene mantenuta libera da infusioni in continuo. Inoltre, si possono eseguire dei flush di soluzione fisiologica o fisiologica/Eparina al termine di ogni somministrazione tramite l'apertura della valvola ad alto flusso del circuito di trasduzione. • In caso di necessità (non ci sono altre vie disponibili), è possibile utilizzare questa via per somministrare liquidi come Fisiologica, Ringer o Glucosio 5% in infusione continua oppure associare farmaci in infusione di facile gestione (insulina, sedativi, cordarone, ecc.) stando però attenti alla compatibilità tra i diversi farmaci. In questo caso, per rilevare la PVC, occorre interrompere l'infusione.
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrizione Parenterale Totale (NPT) • No farmaci in bolo e in infusione continua 	<ul style="list-style-type: none"> • Il glucosio, lo zucchero e le proteine sono un ottimo terreno di coltura. Questo è il motivo principale per cui l'NPT deve essere connessa direttamente al CVC senza l'intermezzo di rubinetti e prolunghe che potrebbero essere facilmente contaminati e bisogna ridurre al minimo indispensabile l'apertura all'esterno di tale linea. In Inghilterra, se occorre una NPT, al paziente viene inserito un catetere singolo lume tunnellizzato ed usato esclusivamente per questa. • Non somministrare farmaci in bolo nella stessa linea di una NPT. Nella NPT è presente una diversa miscela di farmaci; eventuali altri farmaci in bolo potrebbero facilmente non essere compatibili con quelli contenuti nella NPT.
<ul style="list-style-type: none"> • Farmaci Inotropi in infusione (adrenalina, dopamina, noradrenalina, ecc) • Farmaci Vasodilatatori in infusione (Venitrin, Nitroprussiato, ecc) • Farmaci di maggior maneggevolezza (insulina, cordarone, eparina, ecc) 	<ul style="list-style-type: none"> • I farmaci inotropi ed i vasodilatatori non possono essere associati né tra loro né con altri farmaci nella stessa via di infusione. Questo non solo per motivi di eventuali incompatibilità, ma soprattutto per evitare effetti emodinamici indesiderati e non controllabili. • Controllare sempre le compatibilità tra i vari farmaci associati e infusi nella stessa via. Tante volte, anche se non esiste una incompatibilità che produce cristallizzazione e precipitazione del farmaco, può verificarsi che un farmaco alteri l'effetto dell'altro provocando gravi rischi per la sicurezza del paziente. Evitare se possibile qualunque tipo di associazione di più di due farmaci nella stessa linea. Eventualmente utilizzare vene periferiche o richiedere l'inserzione di altri presidi multilume.

centrale non è adatta per infusioni ad alto flusso o sangue nel caso bisogni riempire il paziente con estrema urgenza.

Dovrebbe essere noto a tutti che, sfruttando la gravità, un liquido potrà essere infuso ad una velocità tanto maggiore quanto più corto e di diametro maggiore è il presidio utilizzato. Per questo semplice motivo il catetere venoso periferico o la via dell'introduttore dello Swan Ganz sono decisamente più appropriati del CVC in queste situazioni.

- *Uso di rampe o associazione di più rubinetti*: in molti ospedali inglesi l'utilizzo della rampa per infusione di farmaci multipli è stata bandita. Innumerevoli problemi possono derivarne da un uso scorretto.

Mai, Mai, infondere farmaci inotropi o vasodilatatori in rampa; la loro gestione diverrebbe molto azzardata.

Mai, Mai, posizionare una NPT in rampa: la soluzione lattescente potrebbe mascherare ogni tipo di incompatibilità di farmaci infusi in contemporanea ed i rubinetti della rampa (dai quali spesso manca il tappino e si rimpiazza magari dopo diverse ore che ne è stato senza) potrebbero diventare un formidabile terreno di coltura grazie a sostanze molto appetitose quali lipidi, zuccheri o albumine presenti nelle sacche.

- *I farmaci inotropi devono essere infusi da soli o al massimo associati ad un altro farmaco inotropo*. È doveroso utilizzare delle pompe a siringa per evitare i continui piccoli purge di una pompa peristaltica. Molti pazienti in condizioni critiche risentono anche della minima interruzione del farmaco dovuto al cambio della siringa con scaldamento immediato della emodinamica e forte ipotensione. Nella maggior parte dei casi il tutto si risolve in pochi minuti. È sbagliato fare piccoli boli del farmaco inotropo per rialzare la pressione: questo fa molta estetica, ma rischia di compromettere ulteriormente le sofferenze di un cuore ischemico. Eventualmente riferirsi al personale medico. In tanti casi è opportuno preparare lo stesso farmaco su due pompe infusionali in modo che all'accendersi dell'allarme che indica l'incombente termine della soluzione nella siringa, si potrà far partire l'altra infusione con lo stesso farmaco.....

- *Trasduttori*: Per ottenere una buona trasduzione del segnale pressorio è necessario ridurre al minimo la lunghezza delle vie ed il numero delle connessioni.

Le linee di trasduzione sono realizzate con materiale indeformabile. Non è corretto utilizzare prolunghe di materiale morbido in quanto possono rendere meno attendibile il segnale pressorio.

- Per quanto riguarda il sistema di lavaggio, vogliamo ricordare che il rapporto

fisiologica/eparina è 1ml/1Ui cioè per 500ml di fisiologica occorrono 500Ui di eparina. In tanti casi sarà anche possibile evitare di aggiungere eparina alla fisiologica, in particolare se il paziente è scagiolato o in caso di infanti. La pervietà del catetere è garantita dal sistema di microgocciolamento che, con la sacca a pressione gonfiata a 300mmHg, garantisce un lavaggio continuo di 3ml/ora.

A proposito di linee di moni di protocolli, vi presentiamo un lavoro inglese che fornisce di guida nazionali sul settaggio di di infusione. Tante informazioni sembrano banali e scontate si cerca di dare una linea da seguire, chiara e utile soprattutto personale neoassunto e studenti tirocinio.

TRASDUTTORE SINGOLO/TRIPLO (Department of Nursing)

Obiettivi: Monitorizzare una o più pressioni continuamente usando un sistema di trasduzione singolo o triplo.

AZIONE	RAZIONALE
1. Assemblare il materiale. Lavare le mani 2. Connettere il trasduttore al monitor 3. Impostare la scala per la pressione da misurare.	1. Riduce la trasmissione di microbolle 2. Per la trasmissione del segnale. 3. È necessario per la visualizzazione dell'intera onda di pressione e per una lettura adeguata. La scala per la pressione arteriosa a seconda della pressione sistolica del paziente
4. Ottenere 250ml di Fisiologica o una soluzione di 250Ui Eparina/250ml Fisiologica per il lavaggio continuo della linea.	4. Ottenere un ordine medico per soluzione da usare e documentare la sezione di entrate uscite dei liquidi
5. Mettere le etichette sui tubi e segnare la data.	5. Permette di rispettare gli standard di sicurezza
6. Inserire il deflussore nella sacca, capovolgere e schiacciare mentre si aziona la valvola ad alto flusso per rimuovere l'aria dalla sacca.	6. Previene l'entrata accidentale di aria al paziente e la formazione di microbolle che possono smorzare la pressione.
7. Stringere tutte le connessioni dei tubi, mantenere una tecnica asettica durante l'assemblaggio.	7. Le connessioni sono rese molli e cinesi di sterilizzazione. Riduce il rischio di infezioni.
8. Aprire il morsetto sul deflussore e riempire il pozzetto per circa un terzo.	8. Se si riempie troppo il pozzetto, non si visualizza il flusso durante il lavaggio.
9. Lavare l'intero sistema, includendo il trasduttore, tutti i rubinetti ed i tubi. Rimpiazzare tutti i tappini aperti con tappini chiusi.	9. Riduce il rischio di microbolle e perdita di liquidi dal sistema e rischio di infezioni.
10. Posizionare la soluzione di lavaggio dentro ad una sacca a pressione e gonfiare fino a 300mmHg.	10. Pressione positiva è necessaria per tenere il lavaggio del sistema. A 300mmHg garantisce un flusso di 3ml/ora.
11. <i>Posizionare il trasduttore</i> : a. Posizionare il paziente da 0 ad un angolo di 45°. b. Localizzare l'asse flebotatico, a livello dell'atrio destro, al quarto spazio intercostale sulla linea ascellare media. c. Posizionare la livella tra l'asse flebotatico e il rubinetto di comunicazione con l'aria esterna sul trasduttore. Muovere il trasduttore sulla piantana di sostegno fino a quando la livella è in bolla.	11. Assicura l'accuratezza della lettura della pressione. Serve come punto di riferimento per massima precisione.
12. <i>Azzerare il trasduttore</i> : a. Aprire all'aria (e chiudere al paziente) il rubinetto localizzato sul trasduttore. Rimuovere il tappino mantenendo una tecnica asettica. b. Premere l'apposito tasto sul monitor per eseguire lo zero. c. Riaprire il rubinetto al paziente. Assicurarsi di rimpiazzare il tappino di chiusura sul rubinetto.	12. a. In questo modo il monitor visualizza la pressione atmosferica come punto di riferimento zero. b. L'azzeramento del trasduttore annulla l'effetto della pressione atmosferica così che i valori misurati sono soltanto dei vasi sanguigni o del cuore.
13. Attivare la valvola di lavaggio e valutare il test dell'onda quadra	13. Un test inadeguato dell'onda quadra può causare una lettura incorretta della pressione.

ta della nostra identità professionale e della nostra autonomia.

Oltre Confine è aperto a qualunque considerazione o perplessità.

È utopia o prossimo futuro la speranza di potere realizzare protocolli e linee guida professionali a livello nazionale. (Europeo)??

Scriveteci, faxateci o mandateci un'E-mail.

University Hospital Birmingham, NHS Trust.

Intravenous Drug Compatibility Chart 1996.

Il dipartimento di farmacia non accetta il "mixing" di più farmaci in infusione a meno che non siano disponibili vie di accesso a sufficienza per somministrare ogni farmaco separatamente.

Questa tabella rappresenta una guida sulla compatibilità fisica di alcuni farmaci quando vengono mischiati tra loro. Per compatibilità fisica si intende: l'assenza di precipitato, torpore, o cambio di colore quando due farmaci vengono miscelati. Questi dati non tengono conto dell'incompatibilità chimica. È possibile che il "mixing" possa risultare nel deterioramento o nell'inattivazione di uno dei due farmaci o di entrambi, oppure nella trasformazione degli stessi in altri composti. Per questa ragione, vogliamo ripetere che questa tabella deve essere utilizzata solo nel caso in cui non fosse assolutamente possibile somministrare separatamente ogni farmaco. Queste informazioni sono rilasciate nella consapevolezza che esse sono le migliori disponibili tra le risorse a nostra disposizione al momento della pubblicazione. Se hai bisogno di ulteriori informazioni, sei pregato di contattare "Drug Information" al numero...

Segue bibliografia.

Riportiamo ora la traduzione di alcuni articoli riguardanti standard e attività infermieristiche sull'uso di alcuni farmaci che ci sembrano interessanti.

Flush

Principio

Il "Flush" viene fatto per assicurare e mantenere la pervietà del catetere e prevenire il contatto tra soluzioni/farmaci incompatibili.

Standard: Flush

Il flush con fisiologica 0.9% deve essere eseguito prima e dopo la sommi-

nistrazione di medicinali/soluzioni incompatibili.

Interpretazione

Il flush della canula o del sistema di infusione deve essere eseguito rispettando protocolli e procedure stabilite. La Fisiologica 0.9% è una soluzione accettabile per il lavaggio di un sistema di infusione. Gli infermieri devono essere al corrente delle incompatibilità tra medicinali/soluzioni. Quando si usa una soluzione di fisiologica/eparina per il lavaggio e l'eparina risulta essere incompatibile con il farmaco da somministrare, bisogna eseguire la procedura "SASH" (Saline, Administration, Saline, Heparin). La SASH è una procedura di flush che utilizza la sola fisiologica prima e dopo la somministrazione del farmaco incompatibile con l'eparina, seguito da un flush finale della soluzione fisiologica/eparina.

OCCLUSIONE PARZIALE DEL CATETERE

Cause:

- Comune occorrenza per cateteri a lunga permanenza secondario al consumo del catetere stesso.
- Avvolgimento del catetere da un foglio di fibrina (che può anche diventare terreno di coltura per la crescita di microrganismi).
- Residui di prodotti ematici che si possono depositare sulle strutture del catetere ogni volta che il sangue è aspirato o reinfuso.
- Piccoli coaguli che aderiscono alla punta del catetere.
- Precipitati di farmaci che aderiscono alla parete del catetere.

Segni e Sintomi:

- Occlusione all'aspirazione: impossibilità di aspirare sangue, ma possibilità di infondere farmaci o fluidi. Il foglio di fibrina, coaguli o precipitati di farmaci, agiscono come una valvola sulla punta del catetere che si apre durante l'infusione, ma si chiude all'aspirazione.

Interventi:

- Non infondere alcun prodotto tramite un catetere centrale parzialmente occluso (non è possibile l'aspirazione).
- Notificare al medico.
- Potrebbe essere necessario eseguire una radiografia per verificare la posizione della punta del catetere.

Prevenzione:

Stretta osservanza dei protocolli di flush prima e dopo la somministrazione di un farmaco.

Altracurium, (Tracrium®)

Agente di blocco neuromuscolare Non-depolarizzante

Somministrazione:

- Altracurium può essere somministrato per iniezione diretta, non diluito.
- Se necessario, può essere diluito con Fisiologica o Glucosio. L'Altracurium diluito con Ringer lattato non è raccomandato.

Stabilità:

Le ampolle e le fiale devono essere conservate a temperatura refrigerata. Se lasciate a temperatura ambiente, sono stabili per 14 giorni.

Se diluito con Fisiologica o Altracurium è stabile per 24 ore diluito con Ringer lattato, è stabile per 8 ore.

Effetti Indesiderati:

Altracurium causa rilascio di istamina e quindi può essere associato a ipertensione e tachicardia.

Un metabolita dell'altracurium (altracurium-danosina), è un CNS (Central Nervous System) stimolante, che in casi multipli, può scatenare crisi epilettiche.

Dopo la sospensione dell'altracurium, potrebbe persistere una prolungata astenia muscolare sebbene si pensi che dia meno del vancuronium o pancuronium.

Implicazioni Infermieristiche:

- Frequenza cardiaca e pressione arteriosa devono essere attentamente monitorizzate (specialmente durante le iniezioni intermittenti).
- Si raccomanda di sospendere temporaneamente una infusione di Altracurium in modo da prevenire il blocco neuromuscolare e le disfunzioni neurologiche del paziente.
- Contemporaneamente all'Altracurium si deve somministrare una dose adeguata di analgesici. Gli agenti di blocco neuromuscolare non posseggono effetti sedativi o analgesici.
- Un supporto respiratorio meccanico può essere richiesto per tutti i pazienti che non rispondono agli agenti neuromuscolari bloccanti.
- Colinesterasi inibitori (necostigmina) possono essere usati per il trattamento del blocco neuromuscolare.

mento in frequenza cardiaca e
me arteriosa, può indicare che
zione è inadeguata.

ia - Anticolinergico

per data di scadenza.
are le fiale usate parzialmente.

3:
mg a 1 mg ogni 1-2ore prn (al
per bradicardia. Durante rianima-
diopolmonare, il dosaggio solita-
to è di 0.5 mg EV che può essere
ogni 5 minuti fino al raggiungi-
lla frequenza cardiaca desiderata.
io totale non deve eccedere 2mg.
3, tale dose, potrebbe portare a
egale completo.

2 diretta:
a di somministrazione comune-
ata.

ollaterali:
legli effetti collaterali sono dov-
zione anticolinergica dell'atropi-
r caso di boli endovenosi, spesso
ovuti ad eccessivo dosaggio.
anticolinergici includono: pal-
ni, pupille dilatate, ritenzione
a, difficoltà alla deglutizione,
secca, costipazione, pelle
e calda, sete, vertigini, tremore,
ezza ed atassia.
ni allergiche sono state riporta-
mente.

zioni Infermieristiche:
ina generalmente è sommini-
rapidamente per via endoveno-
quanto una lenta iniezione può
re un iniziale rallentamento
sso della frequenza cardiaca
io durare per 1-2 minuti.
orare per segni di eccessivo
colinergico.
indicata in pazienti con glau-

ti anziani possono rispondere
gitazione, torpore, confusione
ormali dosi di atropina.

Gluconato

ministrazione di calcio gluco-
r queste soluzioni è stabile per
:
sare se precipita.
ormano cristalli, questi possono
dissolti con il calore.

Iniezione diretta:

- Lenta EV non superiore a 0.5ml/min di una soluzione al 10% non diluita (solo in Terapia Intensiva e con ordine del medico di guardia).

Infusione:

Può essere somministrato con Fisiolo-
gica, Glucosio o Ringer lattato.

Effetti Collaterali:

- Irritazione Venosa.
- Bruciore, necrosi e desquamazione in caso di stravasamento nei tessuti.
- Dilatazione venosa, sensazione di prurito alle estremità, bradicardia, aritmie, riduzione della pressione arteriosa, sincope, arresto cardiaco, in caso di somministrazione troppo rapida.

Implicazioni Infermieristiche:

- Non eccedere la velocità di infusione raccomandata.
- L'infusione deve essere fermata e il punto di inserzione del catetere deve essere ispezionato per segni di stravasamento nel caso in cui il paziente lamenti qualunque tipo di sofferenza.
- Il paziente deve rimanere sdraiato per almeno 30-60 minuti dopo la somministrazione, per prevenire o ridurre al minimo la sensazione di vertigini.
- Monitorizzare l'ECG: diminuzione dell'intervallo QT e bradicardia potrebbe essere segni di ipercalcemia.
- Un attento controllo della concentrazione di calcio è essenziale durante la somministrazione endovenosa.
- Relativamente controindicato in caso il paziente sia in cura con digossina per il marcato sinergismo e la possibilità di aumentare aritmie cardiache.
- Calcio Cloruro e Calcio Gluconato non sono intercambiabili. Il sale cloride contiene una quantità di calcio di tre volte superiore al sale gluconato (270mg contro 90mg).

Non somministrare attraverso ago
Butterfly per possibile stravasamento.

Dobutamina (Dobutrex®)

Simpaticomimetico

Diluzione:

- La dobutamina deve essere diluita ad una concentrazione non superiore a 5mg/ml (5000mcg/ml) con glucosio, fisiologica o Ringer lattato.
- Per ottenere una concentrazione da 250mcg/ml, diluite 250mg (1fiala) in 1000ml di soluzione.
- Per ottenere una concentrazione da 500mcg/ml, diluite 250mg (1fiala) in 500ml di soluzione.

- Per ottenere una concentrazione da 1000mcg/ml diluite 250mg (1fiala) in 250ml di soluzione.
- Queste soluzioni devono essere utilizzate entro 24ore.

La dobutamina in soluzione potrebbe assumere un colore roseo che aumenta col tempo. Questo non comporta alcun problema.

Dosaggi:

- La dobutamina deve essere somministrata attraverso l'utilizzo di una pompa di infusione.
- La velocità di infusione è di circa 2.5-10mcg/kg/min a seconda del bisogno e della risposta del paziente (a seconda di frequenza cardiaca, pressione arteriosa, diuresi, gettata cardiaca, PVC, Wedge).

Effetti Collaterali:

- La dobutamina può aumentare la frequenza cardiaca di 5-15bpm e la pressione arteriosa di 10-20mmHg. Questi effetti sono generalmente reversibili con una riduzione del dosaggio (emivita = 2 minuti).
- Sempre in relazione al dosaggio, le extrasistoli ventricolari possono aumentare o scomparire.
- La dobutamina aumenta la conduzione atrioventricolare, quindi, pazienti in fibrillazione atriale possono sviluppare una rapida risposta ventricolare (potrebbe essere richiesta la digitalizzazione del paziente prima di instaurare una infusione di dobutamina).
- Nausea, vomito.
- Possibile mal di testa, fatica.

Implicazioni Infermieristiche:

- Utilizzare una pompa siringa per l'infusione.
- La dobutamina è incompatibile con soluzioni alcaline e non deve quindi essere mischiata al sodio bicarbonato.
- La dobutamina è incompatibile con l'eparina.
- Assicurarsi di avere corretto una eventuale ipovolemia prima di iniziare l'infusione.
- Quando si usano alte concentrazioni, anche piccole variazioni nella velocità del farmaco possono avere grandi effetti emodinamici.
- L'effetto della dobutamina può essere antagonizzato da beta-bloccanti (es. Propanololo).
- Può essere usata in combinazione con la dopamina.

Dopamina, (Intropin[®], Revivan[®])

Simpaticomimetico; agente inotropo

Diluzione:

Deve essere diluita prima della somministrazione.

Stabilità:

- La soluzione preparata per l'infusione è stabile per 24ore a temperatura ambiente se utilizzata fisiologica o glucosata.
- Soluzioni che sono più scure di "leggermente giallognole" indicano decomposizione del farmaco e non devono essere utilizzate.
- Non aggiungere nessuna soluzione alcalina alla linea di infusione della dopamina (es, Sodio Bicarbonato) in quanto la dopamina ne viene inattivata (la soluzione si colora di rosa).

Dosaggio comune:

Ogni paziente richiede una regolazione dell'infusione di dopamina a seconda della risposta renale o emodinamica. Il dosaggio iniziale è generalmente di 1-5mcg/kg/min. Questo può essere aumentato da 1 a 4 mcg/kg/min ad intervalli di 10-30min fino ad ottenere la risposta desiderata. In pazienti molto compromessi, l'infusione può essere aumentata fino a 20-50mcg/kg/min. Il weaning della dopamina deve essere fatto gradatamente, riducendo la velocità di infusione fino alla sospensione.

Amount of drug added*		Volume of IV	Final Concentration Solution	Comm Terminol.
Mg	Volume			
200 mg	5 mL (1 amp)	250 mL	800 mcg/mL	SINGLE STRE
400 mg	10mL (2 amps)	250 mL	1600 mcg/mL	DOUBLE STR
200 mg	5 mL (1 amp)	500 mL	400 mcg/mL	

Dopamine può essere diluita con fisiologica o glucosio
 *Sono elencate le concentrazioni più usate. Difficilmente si usano concentrazioni (strengths) maggiori., 'Triple Strength' (3 amps in 250 mL).

Sommario degli effetti clinici e farmacologici della dopamina

Infusion Rate	Pharmacologic Effect(s)	Clinical E
0.5-2.0 mcg/kg/min	Vasodilation of renal and mesenteric vessels	increased r flow and i
2.0-10 mcg/kg/min	B-adrenergic effects usually dominate	increased output; inc SBP; no c DBP or SVI
Greater than 10.0 mcg/kg/min	mixed alpha and beta- adrenergic effects to predominate alpha-adrenergic effects	increased CO, renal striction, d urine outp sed SBP an

Somministrazione:

Infusione continua tramite pompe siringa

Usando una soluzione di 800mcg/ml (concentrazione singola) localizzare il peso del paziente nella colonna a sini-

stra, e la dose prescritta lungo alto (mcg/kg/min). Il numero (sponde all'incrocio di queste d ne, rappresenta la velocità di in ml/ora. Questa è una delle n più usate (negli Stati Uniti) pe re la dose e la velocità del farr

Weight (kg)	CONTINUOUS INFUSION RATE (mL/hr) [using an 800 mcg/mL ('single strength') solution]					
	Dosage (mcg/kg/minute)					
	1	2.5	5	10	15	20
40	3	7.5	15	30	45	60
45	3.5	8.5	17	34	51	68
50	4	9.5	19	38	56	75
55	4	10	21	41	62	83
60	4.5	11	23	45	68	90
65	5	12	24	49	73	98
70	5	13	26	53	79	105
75	5.5	14	28	56	84	113
80	6	15	30	60	90	120
85	6.5	16	32	64	96	128
90	7	17	34	68	101	135
95	7	18	36	72	107	143
100	7.5	19	38	75	113	150
105	8	19.5	39	79	118	158

N.B. Per infusioni di 1600 mcg/mL ("doppia concentrazione") la velocità di infusione dovrà essere divisa per 2

ovate a pensare a quanto diver-
rà facile capirsi e gestire terapie
cate per un paziente se ci fosse-
a degli Standard del genere che
essere applicati dal Nord al Sud
ingola unità intensiva. Un infer-
un medico) non avrebbe alcun-
oltà a lavorare in un posto o in
perché ogni volta non dovrebbe
ad imparare nuovi dosaggi e
reparazioni che spesso differi-
ll'interno di diverse terapie
in uno stesso ospedale. Inoltre,

un paziente potrebbe essere trasferito da
un posto all'altro senza soluzione di
continuità o dubbi su farmaci in corso o
terapie eseguite.

Effetti collaterali:

Extrasistoli, nausea e vomito, tachi-
cardia, dolore anginoso, palpitazioni,
dispnea, mal di testa, ipotensione (a
bassi dosaggi); ipertensione (ad alti
dosaggi), vasocostrizione (dita dei piedi
e delle mani blue e fredde).

Meno frequenti, bradicardia, anorma-

lità di conduzione, allargamento del
complesso QRS. Se stravaa nei tessuti,
la dopamina dà necrosi.

Implicazioni Infermieristiche:

- Utilizzare una pompa siringa.
- Utilizzare una vena di grosso calibro, preferibilmente una centrale.
- Assicursarsi di avere corretto l'ipovolemia prima di utilizzare la dopamina. Prestare molta attenzione quando si usa ad alte concentrazioni. Il solo cambio della siringa o una piccola modificazione della velocità di infusione possono provocare gravi effetti emodinamici.

Pancuronium, (Pavulon®)

Agente di blocco neuromuscolare
Non-depolarizzante.

Iniezione diretta:

Il pancuronium può essere sommini-
strato non diluito per iniezione diretta.

Infusione:

Se necessario, può essere diluito con
Fisiologica, Glucosata, o Ringer.

Stabilità:

- Si raccomanda la conservazione delle fiale in frigorifero. Comunque, il Pancuronium può essere mantenuto a temperatura ambiente per 6 mesi.
- Le soluzioni in infusione sono stabili per 48 ore.
Per facilitare la ventilazione meccanica o il controllo della pressione intracranica: il dosaggio solito per ottenere questo effetto è 0.2-0.6µg/kg/min (circa 1- 2.5 mg/h).

Effetti collaterali:

- Dose-dipendente; comprendono ipertensione, tachicardia (dovuti all'effetto vagolitico e leggermente simpaticomimetico).
- Prolungata debolezza o paralisi a seguito della sospensione.

Implicazioni infermieristiche:

Come per Vencuronium.I

CCN
n
iation
al Care
s
the
ritical
rsing

International Critical Care Nursing Conference

18th - 21st September 2000
Edinburgh Conference Centre,
Heriot-Watt University, Scotland, UK

Communication
Caring
Creativity
Collaboration
GLOBAL CONNECTIONS

Call for Abstracts & First Announcement

Final date for submission of abstracts : 30th April 2000
Edinburgh & Lothians Tourist Board Website: www.edinburgh.org
Edinburgh & Scotland Information Centre Tel: +44 (0) 131 5571700

a cura di: **Gianfranco Cecinati**
 Caposala DEA Azienda Ospedaliera Careggi Firenze.
 Presidente Collegio IPASVI - Firenze

Alea iacta est



AREA... LIBERA

Lo spazio fra l'uscita del numero 4/99 di Scenario e la chiusura di questo numero è stato molto breve ma, evidentemente, i colleghi hanno recepito forte e chiaro il messaggio di questa rubrica. Siamo vitali! Quindi "Alea iacta est".

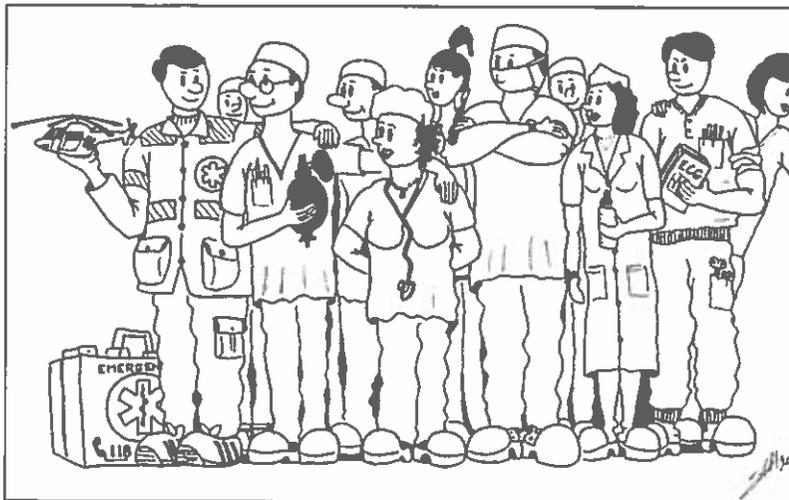
"La vitalità dell'associazione è il frutto anche della costanza dei soci a mantenersi in contatto, a contribuire, a

sostenere le idee che nascono re insieme e che rappresentano il lupo della cultura degli inferieri l'area critica e non solo...". (El Presidente Aniarti - Gennaio 2

Grazie a tutti, aspetto la vostra collaborazione.

Gianfranco

"Infermieri di area critica"
 Foto di gruppo



È nata una nuova associazione infermieristica: A.I.M.I. Associazione Infermieri Malattie Infettive

Si è costituita nel mese di Aprile l'A.I.M.I., associazione Infermieri Malattie Infettive., un'associazione senza scopo di lucro che persegue esclusivamente scopi scientifici e culturali finalizzati alla promozione ed al miglioramento della formazione, assistenza e ricerca in campo infettivologico ed alla valorizzazione dell'attività infermieristica nelle divisioni e reparti di malattie infettive attraverso l'interscambio di informazioni tecnico-scientifiche, la promozione di percorsi formativi sullo specifico dell'attività professionale, seminari, corsi di aggiornamento, congressi, gruppi di lavoro settoriali, l'informazione sulle norme della giurisprudenza e della legislazione in materia.

L'Associazione è nata dalla volontà di un gruppo di infermieri che da anni lavorano nel settore ed hanno raccolto l'esigenza di molti colleghi di avere una formazione ed un aggiornamento specifico e continuo, di sviluppare ed acquisire cultura scientifica e professionalità, di incentivare la ricerca infermieristica e la produzione di lavori, lo scambio di informazioni tra le varie realtà italiane ed estere, mettendo in sinergia tutte le potenzialità degli infermieri di malattie infettive.

L'A.I.M.I. ha uno Statuto, un Consiglio

Direttivo e si sta strutturando con canali, oggi in fase di organizzazione di una "newsletter" per informare i Soci ed ha già in programma attività a livello regionale e nazionale.

Il primo di questi appuntamenti è il 2° Congresso nazionale Infermieri Malattie Infettive dal titolo "Il Nursing nell'infezione da HIV negli anni duemila" che si terrà il 20 Maggio p.v. presso il Centro Milano Marriott Hotel di via Wash promossa dalla Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale L. Sacco (Milano) dove verranno presentati, nelle tre giornate di lavoro e nella sessione poster, quali contributi sull'individuazione e risposta della persona HIV positiva, sulla relazione infermiere-paziente e sulla qualità di vita del morente.

Il Presidente dell'Associazione è Alessandra Chiecchi c/o Divisione di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera L. Sacco - P.le Stefani 137126 Verona - P.le Stefani 137126 Verona - Tel. 045/8072385/8072387 - Fax 045/80731

Il Vice-Presidente è il signor Roberto Marabotti c/o Il Divisione Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera L. Sacco - Az. Ospedale Università - Via G.B. Grassi 74 Milano - Tel. 02-39042551 - Fax 02-39042552

RENO

Toscana

Castelfiorentino. E' accaduto a Capodanno, su un'ambulanza del servizio di emergenza medico sostituito da un infermiere di turno era scoperto per malattia». E' subito polemica

di Barbara Antoni

«I medici in prima linea, ma è per una polemica. Fine un ordine di servizio datato primo gennaio quello in cui il responsabile del 118 della Asl 11, aveva a Castelfiorentino la sostituzione di un medico (punto emergenza territoriale) con un infermiereessionale del servizio 118 dalle 8 alle 16.

tificazione, «la mancanza disponibili a coprire l'intero a causa della malattia del titolare di turno». E se l'antefatto, la barabanda, ieri con un comunicato dei medici Pet che non la sostituzione con un infermiere, si è abbattuta sulle spalle del servizio emergenza (118) della Asl 11, il prefano Pappagallo, che si partendo dalla mancata disponibilità dei medici Pet a ren-

L'ordine di servizio riguardava la fascia oraria tra le 8 e le 16

dersi reperibili per San Silvestro e Capodanno. «All'ultimo momento - racconta - il medico, che il primo gennaio doveva coprire il turno di emergenza territoriale a Castelfiorentino si è ammalato. Nessuno dei medici Pet, contattati

nei giorni precedenti, si era detto disponibile a coprire la reperibilità, né di giorno né di notte, per 31 dicembre e primo gennaio. Il 31, ho fatto telefonare ad alcuni medici. La soluzione non si trovava, così ho avvisato il direttore del presidio ospedaliero e con lui abbiamo deciso di inserire personale infermieristico dalle 8 alle 16. Sono alcune ore non l'intero turno. So bene che non posso sostituire - un medico con un infermiere, ma si è trattato di una necessità. A Certaldo e Montespertoli il medico c'era».

Da parte loro, i medici del Pet condannano duramente il comportamento del responsabile del 118. Affermano che «la mancata disponibilità dei medici a sostituire il

collega malato non è assolutamente veritiera»; la maggioranza di loro, sostengono, non è stata contattata per ricoprire il turno vacante. «E' grave - ribadiscono a viva voce - che un infermiere si sostituisca a un medico. Ci auguriamo che si sia trattato di un'imperizia ma non vogliamo che si crei un precedente. Nell'interesse del cittadino, in primo luogo perché quello che compete a un medico, come la rianimazione o il trasporto in un altro presidio ospedaliero, non può essere di competenza di un infermiere. In secondo perché vogliamo che sia fatta chiarezza sui ruoli. A questo scopo chiederemo un incontro alla direzione sanitaria della Asl 11 e all'ordine nazionale dei medici».

«Il medico di turno è stato giustificato con un fax del responsabile. Manca il personale

Ci sostituiscono con infermieri" L'accusa dei medici del 118

dottori in prima linea denunciano un caso avvenuto a Castelfiorentino

infermieri e ambulanze, l'Aniarti chiama le istituzioni al confronto

- Dopo le polemiche sui ruoli di infermieri a bordo delle ambulanze, i medici aderenti all'Aniarti chiedono al ministero della Sanità di rivoluzionare il servizio nazionale infermieri di area di emergenza sottolineando il lavoro svolto in collaborazione con il volontariato e con i professionisti della sanità e "con spirito di servizio alla cittadinanza".

«Gli infermieri - afferma la nota dell'Aniarti - non vogliono essere tirati in causa per questioni che altri hanno in sospeso e vogliono ribadire che il loro operato nei servizi di emergenza è guidato dalle competenze apprese nei corsi universitari e nella formazione successiva, è garantito da leggi e indirizzato a garantire il miglior risultato ai loro utenti».

Aniarti ritiene che «le attuali polemiche toscane sull'utilizzo degli infermieri in ambulanza non siano mirate al miglioramento del servizio ma strumentali a rivendicazioni di riconoscimento da parte di alcuni, utilizzando toni di 'terrorismo psicologico' nei confronti della popolazione».

«Da tempo - afferma ancora l'Aniarti - le esperienze di altre regioni hanno dato spazio agli infermieri e proprio nel momento in cui questo inizia ad essere applicato anche in Toscana non si vuole entrare in polemica per questioni che non ci riguardano direttamente». L'Aniarti invita dunque le istituzioni al confronto.

«La gente stia tranquilla, da sempre siamo sulle ambulanze»

Sono stati zitti mentre infuriavano le polemiche. Hanno atteso che tutti dicessero la loro e poi hanno preso la parola. L'associazione nazionale infermieri di area critica ha preso posizione ieri a merito all'ormai famosa questione dell'infermiere professionale al posto del medico sull'ambulanza della Misericordia di Castelfiorentino, un episodio che ha innescato una polemica fra i medici del dipartimento urgenza e la centrale operativa del 118.

«Senza entrare nella polemica spiegano gli esponenti dell'Aniarti che in Toscana raccoglie oltre 400 infermieri - ci rivolgiamo ai cittadini utenti dei nostri servizi per ribadire che gli infermieri da sempre lavorano in collaborazione con il volontariato, con i medici e tutti gli altri professionisti della sanità con lo spirito di servizio alla cittadinanza che ha sempre contraddistinto questa categoria. Vogliamo ribadire che il nostro operato nei servizi

di emergenza è guidato dalle competenze apprese nei corsi universitari e nella formazione successiva, è garantito da leggi ed indirizzato a garantire il miglior risultato agli utenti». «La nostra associazione - proseguono - si rivolge inoltre alle istituzioni che a vario titolo guidano i processi della sanità per ribadire la propria competenza nel soccorso e la voglia di collaborare con tutte le figure che storicamente hanno costruito i servizi di

emergenza. Però non vogliamo essere tirati in causa per questioni che altri hanno in sospeso. Siamo presenti in tutta Italia a fianco di specialisti in vari centri di rianimazione, terapie intensive e servizi di emergenza e riteniamo che le attuali polemiche non siano mirate al miglioramento del servizio, ma strumentali a rivendicazioni di riconoscimento da parte di alcuni, utilizzando toni da terrorismo psicologico nei confronti della

popolazione. Da ormai le leggi hanno dato spazio agli infermieri e pro momento in cui questo inizia ad applicarsi anche in Toscana non vogliamo entrare in polemica per questioni che riguardano dire. Per questo vogliamo tranquillizzare la cittadinanza invitando a fare altre

...e un collega ci scrive

Carissimi colleghi, mi chiamo Luca Schauer, sono il caposala del 118 di Empoli (FI), desidero ringraziare l'Aniarti per aver preso posizione, nella persona dei Delegati della Regione Toscana, in una vicenda che ha visto coinvolto la figura dell'infermiere nel servizio di emergenza territoriale nei primi giorni di gennaio nella nostra ASL.

I vostri delegati sono usciti con un articolo di risposta molto preciso, non polemico, che ha trovato gradimento anche da parte della Dirigenza della nostra ASL.

Non scendo in particolari per evitare di dilungarmi, comunque aggiungo che la Toscana sarà campo di prova per lo sviluppo della professione infermieristica in emergenza, soprattutto in questo momento dove i cambiamenti nel settore, sia organizzativi che normativi, stanno prendendo un indirizzo molto favorevole alla professione se ben gestiti e presidiati dalle nostre organizzazioni.

L'articolo è una prova dell'attenzione che vi deve essere.

Vi ringrazio ancora sia da parte mia sia da parte di tutto il personale infermieristico della centrale operativa 118 di Empoli.

Luca Schauer

e-mail centrale "118" di Empoli (prowisoria): empolisoccorso@tiscalinet.it

Luca Schauer via Tripoli, 13 - 50053 Empoli (FI)

tel. 0571.711.698

l.schauer@leonet.it

PONTE RADIO

"TRIAGE"

Siamo un gruppo di infermieri e medici Pronto Soccorso e delle Direzioni Sanitarie Regione Toscana.

Da circa 2 anni stiamo lavorando al progetto aziendale "Qualità e Pronto Soccorso", in particolare modo sul Triage di Pronto Soccorso. Relativamente a quest'ultimo aspetto cerchiamo scambi e confronti di esperienze con altri centri che si occupano di Triage.

Per informazioni:

COORDINATORE GRUPPO INTERAZIONI "QUALITÀ E PRONTO SOCCORSO"

dott.ssa Manuela Morini

ASL 9 GROSSETO

Viale Cimabue, 127

Tel. 0564/48590 Fax 0564/485991

COORDINATORE SOTTOGRUPPO "IL TRIAGE"

a.f.d. Moira Borgioli

ASL 11 Empoli (FI)

Coordinamento Infermieristico

Via Mazini, 17

Tel. 0571/702967

Fax 0571/702947

Un lutto importante ha colpito il collega Zerbini, delegato Aniarti della Lombardia. A lui ed alla famiglia il cordoglio della redazione di tutta la Famiglia Aniarti.



Dizionario tematico di infermieristica clinica in area critica.

Edizione italiana a cura di Rosella Baraiolo, McGraw-Hill, Milano 1998.

Traduzione italiana a cura di Anna Nosedà:

AA. VV Handbook of Critical Care Nursing, Springhouse Corporation, Pennsylvania, USA, 1996.

lettura attenta di questo libro, si hanno: la facilità di consultazione, quantità di nozioni tecniche, la chiarezza di tabelle esplicative chiare e precise, il contesto della realtà infermieristica.

Aspetti ci hanno colpito perché:
Facilità di consultazione: gli argomenti trattati sono proposti in ordine schematico ed in modo schematico. Le tabelle sono affrontate secondo fasi principali.

Casi clinici: i casi trattati sono pratici e riguardano le patologie più frequenti e le varie situazioni di emergenza.

Chiarezza: partendo da conoscenze pregresse, aiutano ad avere un quadro preciso e veloce della situazione considerata. La consultazione

di queste tabelle può essere di quotidiana utilità al letto dell'utente.

- **Realtà Statunitense:** insieme al sistema inglese, sono le realtà prese come riferimento in tutto il mondo perché sono all'avanguardia e le più diffuse.

Se questi sono gli obiettivi degli autori, crediamo che siano stati raggiunti.

Questo libro ci piace considerarlo come un valido strumento di lavoro e come punto di riferimento utile ad ogni infermiere di area critica. Maggiore conoscenza significa maggiore intuizione e quindi capacità e determinazione nell'affrontare situazioni critiche che la nostra quotidianità lavorativa richiede. In Area Critica, il confine tra competenze mediche e competenze infermieristiche è poco delineato e le capacità

richieste devono essere supportate da conoscenze/metodiche chiare e sicure (letteratura medica, letteratura infermieristica).

Maggiore conoscenza significa anche affrontare con più serenità un ambiente ad alto grado di stress, alzando così le soglie del "burn out". Tutto ciò permette di fornire supporto al malato anche dal punto di vista psicologico e quindi un'assistenza più completa.

Possiamo dire che, se l'obiettivo primo del libro è rivolto a soddisfare il bisogno di conoscenza da parte del personale infermieristico di area critica, il fine ultimo che noi infermieri vorremmo raggiungere è quello di ottenere una preparazione di base comune per tutti.

Carlo Divo e Maurizio Moroni,
Infermieri di Area Critica

AZIENDA USL 7 SIENA - Regione Toscana
Gruppo di Lavoro Internazionale
"Qualità e Pronto Soccorso"

TRIAGE

Accoglienza in Pronto Soccorso

VENERDÌ 26 MAGGIO 2000 - ORE 8.30 - 17.00

Sala Garboli - Parco Acqua Santa
Chianciano Terme

Comitato organizzativo:
Pronto Soccorso
Ospedale di Chianciano Terme
Vincenzo Grassi - Carla Picchiotti
Tel 0578/38244 - Fax 0578/38116

Termine per inviare l'adesione
il 20 maggio 2000

Partecipazione GRATUITA



Segreteria scientifica:
Patrizia Bertani - Az. USL 12
Alessandro Di Vito - Az. USL 2
Massimo Gabelleri - Az. USL 10
Vincenzo Grassi - Az. USL 7
Silvia Mazza - Az. USL 3
Carla Picchiotti - Az. USL 7
Claudio Sorini - Az. USL 6

Curiosità...dagli scaffali della Medicina a cura di: **Reno Dinoi**
Infermiere, membro del Consiglio Nazionale Aniarti - Pronto soccorso Ospede
Civile Manduria - Taranto

Per il bene che ti voglio...

Pillole di Naftalina

Nell'Inghilterra del XIII secolo, a Worcester, una donna in preda a deliri, fu liberata dai disturbi a bastonate. Nella stessa cittadina, un folle fu legato all'altare della cattedrale in modo che chiunque poteva colpirlo a frustate. Bastonate e frustate senza misura, quindi. Lo scopo? La guarigione.

Per capire meglio questo concetto, è necessario tornare indietro di alcuni millenni, nella preistoria per l'esattezza, quando l'uomo primitivo era convinto che il motivo di ogni male che affliggeva il suo corpo, era da ricercare nel soprannaturale. Ogni dolore, ogni acciaccio, persino la morte, erano dovuti alla presenza di un'entità astratta che si era impossessata del proprio corpo. Per liberarsi dalla fastidiosa presenza, quindi, cercava in tutti i modi di rendere inospitale il corpo considerato posseduto dal "maligno". Ed ecco che i malati venivano ripetutamente battuti, percossi, per scacciare il male. (Probabilmente è da lì che è nata la tecnica del massaggio).

L'obiettivo, quindi, era quello di espellere l'entità responsabile del male, e per farlo, si utilizzava il peggio: infusi con piante velenose per disgustare lo spirito, piante che avevano potere purgativo o emetico. (Rimedio tuttora in uso con l'assunzione di acqua e sale, o caffè salato e così via).

In alcuni reperti archeologici scoperti in Inghilterra e in Italia (Sardegna), sono stati trovati dei crani fossilizzati con dei fori perfettamente circolari. Si pensa che, quello, fosse un modo per far uscire il male che si pensava si annidasse nella testa di coloro che, probabilmente, soffrivano di emicrania nel 1800.

Ecco spiegate, allora, le bastonate alla povera ragazza inglese e le frustate sull'altare al folle.

I metodi antichi nella pratica moderna.

L'avvento della medicina logica, tangibile e concreta, poi, ha modificato radicalmente tali pratiche, riconoscendo comunque in esse, come in tutte le cose dell'antichità, una parte di vero. Si è visto, ad esempio, che il provocare dolore, specie se intenso, oltre a distogliere l'attenzione sul dolore originale, essendo questo meno forte di quello provocato, determina anche una liberazione di sostanze endogene (catecola-

mine, istamina, adrenalina) che producono una migliore risposta dell'organismo al disturbo di cui è lo stesso principio portava i malati a "farsi di coca" durante la guerra in Vietnam: miglioravano la risposta dell'organismo che in questo modo tollerava meglio le sofferenze della guerra.

Il più significativo di questi usi è stato quello della cauterizzazione: la pratica del bruciare le carni con il fuoco o lame roventi.

La storia è piena di episodi che raccontano di come le ferite venivano curate con una lama arroventata per distruggere l'infezione, oppure con un metodo veniva usato per bloccare le emorragie nelle ferite da guerra. L'usanza del medioevo, ad esempio, consisteva nell'accecare con un fuoco ardente gli occhi ritenuti infetti.

Le ustioni come cura.

La tecnica della bruciatura ha una lunga applicazione sino a tempi recenti. Il nome, reso più scientifico, di "cauterio" deriva dal verbo "cautare", cioè bruciare.

Questa tecnica consisteva nel scaldare la parte dolente per neutralizzare i bastoncini resi arroventati da un gas o di spirito. Ecco la descrizione della pratica del cauterio: "Formulario Ragionato di Medicina Terapeutica del Prof. Pietro Coggia, pubblicato dalla Casa Libreria Vittorio Idelson di Napoli, 1919."

"Per praticare le punte di cauterio, si prende un pezzo di ferro di mezzo revulsivo energico, si pulisce con la lana di cotone, si disinfetta la cute del luogo, si asciuga e poi, con mano ferma, si applica rapidamente qua e là col cauterio, in modo da produrre scottature di terzo grado, distese per 1-2 centimetri. Per i bastoncini, si applica un po' più a lungo, in modo da produrre punte profonde e più larghe, in però minore che le punte di cauterio, il dolore non è insopportabile come si crede, e si calma rapidamente con applicazioni di polvere d'amido. Si può aggiungere un po' di mentolo. Le punte di fuoco sono utili contro le nevralgie, i dolori pleurici, i bottoni di fuoco lungo il rachide, adoperano nella tabe, nelle miastemie, etc."

SIGLIO DIRETTIVO - TRIENNIO 1999-2001

LIO: PRESIDENTE
zo, 13 - 33100 UDINE - Tel. 0432-501461
go@anarti.it

O ANNALISA: VICEPRESIDENTE
ite, 38 - 33010 Molino Nuovo Tavagnacco (UD)
45329 - Fax 0432-480552
.co Ass. n. 4 - Medio Friuli Tel. 0432-553049

IONICA: DIRETTORE RIVISTA
ra, 8 - 24011 ALAIÉ (BG) - Tel. 035-541050
so DUI Bergamo, Università degli Studi di Milano
9036 - e-mail mcasati@anarti.it

I GIANFRANCO: TESORIERE
acchi, 5 - 50127 FIRENZE - Tel. 055-410598
gi Firenze - Tel. 055-4277450
cinati@anarti.it

BENETTON MARIA:
Vicolo Monatepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel. 0422-
435603

D'AMORE PAOLA:
Via dei Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE - Tel. 055-7877955
e-mail damore@anarti.it

MOGGIA FABRIZIO:
Via Mazzini, 68/1 - 16031 BOGLIASCO (GE)
Tel. 010-3471453
Ter. Int. Cardioch. Osp. "S. Martino" di Genova
Tel. 010-5552221-5552345
e-mail fmoggia@tin.it

SEBASTIANI STEFANO:
Via S. Marino, 29 - 40057 LOVOLETO GRANAROLO E. (BO)
Tel. 051-6021456
Ser. an. e rianimazione pediatrica - S. Orsola
Tel. 051-6363650
e-mail stefano.sebastiani@tin.it

PINZARI ANNUNZIATA:
Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel. 06-6245921
c/o Terapia intensiva CCN - Tel. 06-68592259-68592457
Ospedale "Bambino Gesù" Roma

SPADA PIERANGELO:
Via Vittorio Veneto, 5 - 23807 MERATE (LC) - Tel. 039-9906219
Ufficio infermieristico - Osp. di Merate - Tel. 039-5916330

REVISORI - TRIENNIO 1999-2001

FAVERO WALTER

CAPODIFERRO PIETRO

CALLIARI OLIVO

SIGLIO NAZIONALE - TRIENNIO 1999-2001

FRIULI VENEZIA GIULIA

RCELLO:
Cassacco - 33100 UDINE - Tel. 0432-881631
m. Az. Osp. "S.M. della Misericordia" di Udine
52420 - e-mail: mgasti@katamail.com

N LAURA:
re, 37/a - 33090 ARZENE (PN) - Tel. 0434-898848
8 - Osp. di Pordenone - Tel. 0434-555214

L LUCA:
a, 100/A - 33100 UDINE - Tel. 0432-541467
izio 11 A.O. Udine - Tel. 0432-552428

GIUSEPPINA:
30/B - 33080 PRATURIONE (PN) - Tel. 0434 - 560555
18 - Osp. Civile di Pordenone - Tel. 0434-555214

VENETO

DREA:
inella, 11 - 30019 SOTTOMARINA (VE)
1655033

irano - Tel. 041-5794831

'ALTER:
66 - 30030 SANTA MARIA DI SALVA (VE)
'30394

ne Giustiniana - Osp. Civile di Padova
13100

A ANTONELLA:
ndiera, 9 - 35010 CADONEGHE (PD)
14504

liatrica - Osp. Civile Padova - Tel. 049-8213530

RIA CRISTINA:
xolino, 3 - 35020 ALBIGNASEGO (PD)
111484

liatrica - Osp. Civile di Padova - Tel. 049-8213685
TRENTINO ALTO ADIGE

OLIVO:
02/A - 38010 SAN MICHELE ALTO ADIGE (TN)
'50522

o. "S. Chiara" di Trento - Tel. 0461-903207

LUCIANA:
12/3 - 38040 MARTIGNANO (TN)
120104

zione e Sviluppo - Tel. 0461-903316
LOMBARDIA

CARLO:
iera, 5 - 20146 MILANO - Tel. 02-4233692
a S. Ambrogio (MI) - Tel. 02-33127730

PATRIZIO:
mento, 24/B - 20098 SAN GIULIANO M.SE (MI)
14682 Pat. Neonatale ICP (MI) Tel. 02-57992313

STEFANIA:
33 - 25127 BRESCIA - Tel. 030-302793
xlati Civili Brescia - Tel. 030-3995764

MARCO:
ndi, 48/g 20020 SOLARO (MI)
12219 Rianimazione "W. Osler" - Osp. "S. Corona"
' Milanese - Tel. 02-99513481

PIEMONTE

DE FELICE MARTA CLAUDIA:
Via Galilei, 1 - 28029 PALLANZENO (VB)
Tel. 0324-53714 118 Primosello Tel. 0324-4911

LIGURIA

DE PAOLI GRAZIELLA:
Via Tasciare, 59 - 18038 SANREMO (IM) - Tel. 0184-536322

MONTECCHI FERRUCCIO:
Via dell'Ombra, 10/6 - 161 GENOVA - Tel. 0347-2564775

T.I. CCH. A.O. San Martino (GE) - Tel. 010-5552345

EMILIA-ROMAGNA

CAPODIFERRO PIETRO:
Via della Foscherana, 2 - 40141 BOLOGNA - Tel. 051-6231492

Servizio anestesia e rianimazione Cardiochirurgia Osp. "S.
Orsola" di Bologna - Tel. 051-6363678

MARSEGLIA MARCO:
Via Larga, 36 - 40138 BOLOGNA

Servizio anestesia e rianimazione Cardiochirurgia Osp. "S.
Orsola" di Bologna - Tel. 051-6363678-405

SCALOBRI SANDRA:
Via Larga, 36 - 40138 BOLOGNA - Tel. 051-6013595

Scuola Infermieri CRI Bologna - Tel. 051-342618

TOSCANA

CORTINI LEONARDO:
Via Sassiola, 51 - 50019 SESTO FIORENTINO (FI)
Tel. 055-8401524

T.I. CCH. A.O. Careggi (FI) - Tel. 055-4277928

CULLURÀ CLAUDIO:
Piazza della Pace, 15 - 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR)
Tel. 055-9121612

Rianimazione Osp. Civile di Valdarno - Tel. 055-9106613

MARCONI ROBERTO:
Via Tirassegno, 48 - 58100 GROSSETO - Tel. 0564-496409

C.O. 118 - Tel. 800550280

MEZZETTI ANDREA:
Via Mazzini, 17 - 50051 CASTELFIORENTINO (FI)
Tel. 0571-62033 - e-mail mezzetti@dedale.com

UMBRIA

MARINELLI NORA
P.le Giotto, 42 - 06100 PERUGIA - Tel. 075-31356
Rianimazione Osp. Silvestrini (PG) - Tel. 075- 5782358

PUGLIA

DI GIROLAMO ROSELLA:
Via B.go S. Rocco, 9 - 70010 ADELFA (BA) - Tel. 080-4596576
Rianimazione BA/4 - Tel. 080-5592531

DINOI RENO:
Via Roma, 102 - 74024 MANDURIA (TA) - Tel. 099-9796397

Pronto Soccorso - Osp. Civile Manduria - Tel. 099-800300

RIZZO CARMELA:
Via San Nicola, 12 - 73100 LECCE - Tel. 0832-387916

UTICA A.O. Vito Fazzi (LE) - Tel. 0832-661255

STARACE MARIA RINA:
Piazza Maddalena C.N.
71013 SAN GIOVANNI ROTONDO (FG) - Tel. 0882-413679

Neurorianimazione - Osp. "Casa Sollievo della Sofferenza"
di San Giovanni Rotondo (FG) - Tel. 0882-410702-3

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA:
Viale G. Cesare, 237 - 00192 ROMA - Tel. 06-39726094

MEGLIORIN RITA:
Via Casignana, 48 - 00040 MORENA (RM) - Tel. 06-
79841642

T.I. Ped. Gemelli (RM) Tel. 06-30155203

PAZZAGLINI A. RITA:
Via Nerli, 6 - 00168 ROMA - Tel. 06-35508758

CALABRIA

STANGANELLO FRANCESCO:
Via Sartegna, 15 - 89015 PALMI (RC) - Tel. 0966-21548-23320

Rianimazione Osp. Civile di Palmi - Tel. 0966-418206

Cell. 0368-3080699

CAMPANIA

BIANCHI GIUSEPPE:
Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI (NA) - Tel. 081-275525

Rianimazione - Osp. "Loreto Mare" ASL NA 1 Napoli

D'ACCUNTO CONCETTA:
Via Filomarino, 134 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA)
Tel. 081-8045236

Osp. San Paolo - Tel. 081-7686248/211

DE CRESCENZO TONIA:
Vico Noce a Montecalvario, 17 - 80134 NAPOLI - Tel. 081-402182

Rianimazione - Aorn. Cardelli (NA) - Tel. 081-7472928

BASILICATA

SUMMA GIOVANNI
Via Messina, 5 - 85100 POTENZA - Tel. 0971-442222

Rianimazione Osp. San Carlo (PZ) - Tel. 0971-612566

SICILIA

TAORMINA MARIA
Via P.le di Belmonte, 84 - 90139 PALERMO
Tel. 091-325754-453524

SARDEGNA

SINI CATERINA:
Via Caddello, 6 - 09121 CAGLIARI - Tel. 070-285802

Rian. S.S. Trinità Tel. 070-6095858

URAS MARIA ROSARIA:
Località Osseddu - 07026 OLBIA - Tel. 0789-58881

Ass. Territoriale 0789-552608

ZANOLI LAILA:
Via Il Strada, 37 - 09012 FRUTTI D'ORO-CAPOTERRA (CA)
Tel. 070-71726 Ass. domic. Psych. - cell. 0338/4141464

REFERIMENTI ULTERIORI

EMILIA ROMAGNA
GUALTIERI SONIA: Via G. Matteotti, 18
42100 REGGIO EMILIA - Tel. 0522-296915

TOSCANA

MORIANI MASSIMO: Via Allende, 8 - 52024 CAVRIGLIA (AR)
Tel. 0575-9166331

SICILIA

CHIARENZA ROSARIO: Via Matteo Ricci - 95100 CATANIA
Tel. 0338-8124831 - 095-7121862 - 7435186

FRIULI VENEZIA GIULIA

MARCHINO PAOLA: Viale XX Settembre - 34126 TRIESTE
Tel. 040-54520

CAMPANIA

ARGENZANO VINCENZO: Via Acconcia 39 -
81020 CAPODRISE (CE) - Tel. 0823-830294
Rianimazione Caserta Tel. 0823-232107

NELCOR

N-395 Pulsossimetro

Il nuovo standard nella saturimetria



Il nuovo pulsossimetro N-395 Nellcor con l'innovativa tecnologia di saturimetria e il rivoluzionario sistema di gestione degli allarmi **i SatSeconds**

- Riduce i falsi allarmi
- Legge anche nelle situazioni più difficili, come il movimento
- Segue accuratamente le variazioni dei valori di saturazione

MALLINCKRODT

Se desiderate maggiori informazioni, Vi **p**reghiamo di contattare
Mallinckrodt Italia S.r.l., Via Galvani, 22 — 41037 Mirandola
Tel. 0535 617711 — Fax 0535 26442
Potete anche visitare il nostro sito Internet: **w**ww.mallinckrodt.it

1
2000

SCENARIO[®]
Il nursing nella sopravvivenza