



Hi-Lo Evac™ e Hi-Lo Evac Lanz™

UNO STRUMENTO
EFFICACE NELLA
PREVENZIONE
DELLE INFEZIONI
RESPIRATORIE
DOVUTE
ALL'INTUBAZIONE
PROLUNGATA

I tubi tracheali e le cannule tracheostomiche Evac hanno un lume addizionale, integrato nella parete del tubo, che si apre dorsalmente al di sopra della cuffia.

Ciò permette di drenare le secrezioni che si possono accumulare nello spazio subglottico durante l'intubazione prolungata e che sono spesso causa di infezioni respiratorie nosocomiali.

Tyco ha recentemente sviluppato un apposito sistema automatico di aspirazione da collegarsi al tubo o alla cannula Evac, che consente di drenare in modo continuo o intermittente l'accumulo di secrezioni e di eliminarle in modo pratico e igienico.

Riduce i tempi di permanenza in terapia intensiva causati da infezioni respiratorie legate all'intubazione prolungata.

Semplifica la routine quotidiana del personale di assistenza.

Aumenta la sicurezza del paziente.

Si traduce in risparmio di tempo e costi per l'ospedale.

tyco
Healthcare

MALLINCKRODT

Tyco Healthcare Italia S.p.A.
Via Rivoltana, 2d - 20090 Segrate (MI)
Tel: +39 02 70317249
fax: +39 02 70317266
www.tycohealth.com

Direttore Responsabile
Gianfranco Cecinati

Coordinatore di Redazione
Stefano Sebastiani

Comitato di Redazione
Paola d'Amore
Paola Maffucci
Marco Marseglia

Ha collaborato in questo numero
Luca Benci
Carlo Divo
Maurizio Moroni

Pubblicità
Annunziata Pinzari
Marco Marseglia

Tariffe
Iscrizione Aniarti 2003 € 30,00
(comprensiva dell'abbonamento
annuale alla rivista Scenariò)

Abbonamento a Scenariò
Istituzionale € 65,00
(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, commenti,
proposte, interventi in genere fotografie
vanno inviati a Donatella Pirozzo,
segretaria di redazione
c/o Ufficio soci ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Fax 055/435700 - Tel. 055/434677
Cell. 340/4045367-5
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
25 febbraio 2004

(1 copia € 3,50 per soli Soci)



Rubriche

3 **L'EDITORIALE**

4 **LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO: ANALISI DELLE SCELTE REALIZZATE DA 8 CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**
di Alvisa Palese,
Giampiera Bulfone

11 **INDAGINE SULLE CONOSCENZE DI BASIC LIFE SUPPORT TRA GLI INFERMIERI DI UN OSPEDALE DEL VENETO**
di Silvia Boscaro, Luisa Anna Rigon, Paola Marinello

18 **LE RIFORME DEL SISTEMA SANITARIO E LE INNOVAZIONI NELL'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA**
di Nerina Dirindin

22 **LA PROFESSIONE: ETICA, DEONTOLOGIA E RESPONSABILITÀ**
di Ciro Alizieri

26 **OLTRE CONFINE**
a cura di Carlo Divo,
Maurizio Moroni

31 **DIRITTO E ROVESCIO**
a cura Luca Benci

32 **CONSIGLIO DIRETTIVO E NAZIONALE ANIARTI**



Questo periodico è associato
alla Unione Stampa
Periodica Italiana

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

La rivista tratta ha seguenti tipologie di articoli:

- 1) **Articolo originale:** frutto di ricerca e/o metanalisi;
- 2) **Revisione:** revisione della bibliografia;
- 3) **Comunicazione:** relazione a congressi e/o poster;
- 4) **Editoriale:** parere su una tematica e riflessioni o analisi;
- 5) **Lettera:** intervento su una tematica trattata dalla rivista.

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o 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, esclusivamente per posta elettronica, su file RTF o leggibile dai comuni word processor.

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, dovrà essere segnalato chiaramente, nel testo, il punto di inserzione.

L'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente. È necessario allegare un abstract di 300 parole al massimo sia in italiano che in inglese ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

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 e seguenti 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.

Infermieri e guerre

Stride l'accostamento

Importa qui, in una rivista di e per infermieri, evidenziare lo stridore insostenibile tra i riferimenti fondanti l'infermieristica e i riferimenti che sostengono la guerra. *Infermieri*: persone che dedicano le loro idee ed energie per far recuperare o mantenere la salute agli altri, ponendo la centralità della persona come riferimento a cui conformare il proprio agire, utilizzando e cercando sempre le migliori risposte disponibili e praticabili ai problemi individuati.

Guerre: attività legittimate di distruzione ed uccisione di persone con la finalità di stabilire un potere su una popolazione. In che cosa consista il potere da stabilire non è sempre così chiaro, anzi (quasi) sempre è criptato da nobili motivazioni. Ma proprio per il fatto di essere un potere stabilito, imposto su altre persone, si tratta di una forzatura; una ulteriore violenza anche verso l'intelligenza.

Vogliamo parlarne per mettere un segno.

Per tentare di marcare una differenza in questa umanità.

Per ripensare a quanta fatica intellettuale è necessaria per riuscire a migliorare anche solo di poco i risultati assistenziali ad un malato in situazione di criticità vitale.

Per ricordare e sottolineare quante risorse sono necessarie per prendersi cura delle persone malate. E quanto minacciate e risicate sono, di fatto, le risorse che questa società opulenta destina ai servizi per la salute.

Per essere consapevoli del fatto che immense risorse ed energie intellettuali vengono impiegate con lo scopo preciso di attuare devastazioni e stermini di persone, che non scelgono e non fanno la guerra ma la subiscono e vi perdono, a volte, l'unico ed irripetibile bene che possiedono: la vita.

Per ricordarci quanto sarebbe necessario, vitale, smascherare gli interessi

del potere e sostenere invece, la pratica della solidarietà. Planetaria. Solidarietà planetaria, non solo per le risorse, ma per le conoscenze, per la garanzia e per le prospettive di vita, per le relazioni ...

Ma la *cultura* infermieristica, come può scardinare la legittimazione delle guerre?

Come possono gli infermieri far rivedere a questa società i luoghi comuni e la rassegnazione alla necessità delle uccisioni di uomini?

Come può una vita, la nostra vita di infermieri, passata nella vicinanza alla sofferenza per malattia o morte, indurre le scelte della vita di una popolazione verso le esigenze prioritarie ed evitando le sofferenze inutili?

Esiste un livello di responsabilità degli infermieri per questi fatti?



Elio Digo

Alvisa Palese, Giampiera Bulfone, Tutor, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Udine - alvisa.palese@uniud.it - bulfone.giampiera@uniud.it

La formazione infermieristica nella gestione del paziente critico: analisi delle scelte realizzate da 8 Corsi di Laurea in Infermieristica

Riassunto

Con l'attivazione dei Corsi di laurea in Infermieristica e dei Master di 1° livello, molte sedi universitarie stanno lavorando per differenziare le competenze di base da quelle avanzate. I master clinici più diffusi sono quelli in area critica e delle cure intensive generali o specialistiche che approfondiscono le competenze acquisite anche durante il corso di base. Con l'obiettivo di comprendere il livello sul quale si sta assestando la formazione di base nella gestione del paziente critico, sono stati coinvolti 8 Corsi di Laurea. La preparazione infermieristica di base nella gestione del paziente critico è molto variabile negli obiettivi e nei quadri clinici trattati, nella composizione dei Corsi integrati, nel numero di ore, dei crediti formativi universitari e nelle strategie didattiche adottate, comprese quelle di tirocinio. Con la differenziazione delle competenze infermieristiche è sempre più necessario riflettere sui livelli attesi nella formazione di base e in quella avanzata.

Parole chiave: Curricula Formativi in Assistenza Infermieristica in Area Critica, Competenza avanzata, Competenza clinica

Con l'attivazione dei Corsi di Laurea in Infermieristica e dei Master di 1° livello, le competenze infermieristiche si stanno differenziando non solo sulla base dell'esperienza ma anche delle qualificazioni accademiche conseguite. Mentre il Corso di Laurea prepara ad assumere la responsabilità dell'assistenza infermieristica generale, i Master prepareranno alla pratica avanzata che verrà offerta da infermieri esperti in uno specifico campo del nursing e che hanno completato la qualificazione accademica prevista.^{1,2} Se da una parte numerose sedi universitarie stanno lavorando per distinguere ciò che può rientrare nella competenza di base e in quella avanzata, non è ancora del tutto chiaro come si differenzieranno nelle organizzazioni gli infermieri che hanno conseguito un Master clinico: probabilmente ciò dipenderà molto dalla loro preparazione e dalla capacità di intervenire nella soluzione dei problemi delle persone che assistono e, quindi, anche dalle scelte curriculari realizzate dalle sedi formative.

I Master clinici di 1° Livello al momento più diffusi in Italia sono quelli

in area critica, delle cure intensive generali o specialistiche e dell'emergenza-urgenza: tali competenze sono di norma affrontate nel corso di laurea per essere ulteriormente approfondite nei Master. Distinguere i due livelli non è semplice: per farlo è necessario riflettere su a) quali sono le competenze core da assicurare nel Corso di Laurea di base; b) quale è l'espansione prevedibile e sostenibile della competenza infermieristica in area critica in Italia.

Questo contributo esplora gli elementi che più caratterizzano la formazione infermieristica nella gestione del paziente critico in alcuni Corsi di Laurea: analizzare il livello su cui si sta assestando può contribuire alla definizione di quella avanzata.

Revisione della letteratura

Molti pazienti ospedalizzati sono critici.³ A partire dagli anni 90, numerosi Autori hanno documentato un importante incremento dei pazienti acuti o instabili nelle medicine e nelle chirurgie, ma anche nelle nursing home e a domicilio in relazione alle dimissioni precoci. Gli infermieri sono sempre più abituati all'uso della tecnologia per

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 28/01/04
approvato il 25/02/04

Hanno collaborato:

Flavio Baccarin (Vicenza), Marilena Bedin (Vicenza), Maria Benetton (Treviso), Paola Bernardi (Treviso), Anna Brugnolli (Trento), Carla Comisso (Udine), Anna D'Innocenzo (Napoli), Paola De Lucia (Udine), Alessandra Magotti (Trento), Dulio Manara (Milano), Sandra Montalti (Cesena), Gabriella Pesaresi (Rimini), Maria Sblattero (Milano), Donella Tosatto (Udine), Silla Tumiz (Udine).

accertare le funzioni vitali o somministrare farmaci e spesso sono impegnati nella gestione di situazioni assistenziali molto complesse anche al di fuori delle aree critiche.⁴ Malgrado questi sforzi, l'accertamento tempestivo della compromissione delle funzioni vitali è ancora uno dei punti di maggiore debolezza e le cure offerte prima dei trattamenti intensivi non sono sempre ottimali:⁵ il *Comprehensive Critical care: a review on adult care service (2000)* ha recentemente sollecitato infatti lo sviluppo di un approccio integrato per gestire i pazienti critici indipendentemente dall'area clinica in cui si trovano. Tutti gli infermieri dovrebbero possedere abilità di accertamento dei problemi del paziente critico mentre quelli con competenze avanzate dovrebbero saper gestire le situazioni più complesse.⁶ Questo primo approccio procede per livelli: definisce quello di base, che costituisce lo standard di tutti gli infermieri, a cui si può aggiungere l'ulteriore approfondimento da conseguire nei percorsi avanzati. Un approccio diverso che appartiene ai Paesi che hanno una lunga tradizione formativa non solo in area critica definisce, invece, il massimo livello raggiungibile in un ambito specifico del nursing e, successivamente, differenza ciò che ci si può e deve aspettare da un infermiere baccalaureato.

La competenza avanzata è sempre legata ai problemi clinici dei pazienti in un contesto definito: in area critica, comprende l'insieme delle cure erogate da team preparati e tecnologicamente avanzati in specifici contesti e con continuità, ai pazienti instabili, traumatizzati e post operati.⁷

In Inghilterra, i corsi sono tenuti dall'università, valorizzano la competenza teorica ma soprattutto l'esperienza pratica già acquisita sul campo e pongono molta enfasi sull'apprendimento continuo.⁸ Nel percorso definito dall'American Association of Critical Care Nurse, invece, il core curriculum è centrato sulle situazioni cliniche più frequenti per ciascuna delle quali gli infermieri devono conoscere anatomia, fisiologia, fisiopatologia, diagnostica invasiva e non invasiva, farmaci più rilevanti, eziologia e fattori di rischio, segni e sintomi, diagnosi infermieristiche e collaborative, risultati attesi sui pazienti e complicanze. Per facilitare lo studio, l'Associazione ha anche pubblicato un

manuale delle procedure specificando di volta in volta quelle che devono essere realizzate solo dagli infermieri con competenze avanzate (come ad esempio, intubare un paziente).⁹

La certificazione in Critical Care Nursing viene rilasciata dopo un esame che comprende 200 domande di analisi, scelta, decisione, accertamento e sintesi che il candidato deve gestire in 4 ore.¹⁰ Altri curricula ancora enfatizzano la capacità di pensiero critico e di assunzione di decisioni cliniche,¹¹ o gli standard cui si deve attenere un infermiere specialista.¹²

Nella pratica quotidiana gli infermieri con competenze avanzate potrebbero essere impegnati in attività cliniche (50% del tempo-lavoro), in consulenze esterne e ricerche (30%), in attività di consulenza interna o revisione tra pari (10%) e nella documentazione e sviluppo professionale (10%).¹³

Obiettivi

Gli obiettivi dello studio erano quelli di rilevare quali sono:

- le competenze perseguite dai Corsi di laurea in Infermieristica nella preparazione degli studenti alla gestione del paziente critico;*
- le discipline che compongono i Corsi Integrati e i Crediti Formativi Universitari attribuiti (CFU);*
- i contenuti trattati;*
- le strategie didattiche utilizzate;*
- i cambiamenti futuri ritenuti più importanti anche in vista dell'attivazione dei Master.*

Materiali e metodi

È stato adottato un campione di convenienza coinvolgendo i Corsi di Laurea Infermieristica che hanno dato la loro disponibilità. La raccolta dei dati è stata realizzata tramite questionario inviato via mail nell'ottobre 2002 e restituito a distanza di un (1) mese; prevedeva domande chiuse (ad esempio *Quali sono, tra quelle indicate, le procedure insegnate durante il corso?*) ed aperte (*Quali sono le competenze attese e i quadri clinici affrontati?*). A ciascuna sede coinvolta veniva inoltre chiesto di allegare i programmi delle discipline che compongono il corso sulla criticità vitale.

La valutazione dei questionari e dei

programmi è stata realizzata da due ricercatori in modo indipendente; le elaborazioni sono state realizzate con il sistema SPSS (versione 11.00). Per elaborare le domande aperte è stata operata una categorizzazione delle risposte ottenute.

Risultati

Sono state coinvolte 8 sedi universitarie; di queste, 6 avevano già attivato il Corso di Laurea. In tutte le sedi la gestione del paziente in fase critica è affrontata al terzo anno a cui sono complessivamente iscritti, al momento della rilevazione, 554 studenti (range: 25-100).

Denominazione e struttura dei corsi sulla criticità vitale

A ciascuna sede veniva richiesta la denominazione dei corsi, le discipline coinvolte (mediche e infermieristiche), la quantità di ore affidate a ciascuna e i CFU (Tabella 1).

In almeno 6 sedi prevalgono le discipline mediche, nelle restanti quelle infermieristiche: 4 sedi hanno attivato corsi integrati (sedi n. 3, 4, 6, 7) che non sono stati attivati da 3 sedi; una sede non dichiara i livelli di integrazione (n. 5) ma il curriculum è ancora basato sulla Tabella XVIII ter.

Le discipline che compongono i corsi sono la Medicina generale e d'urgenza (MED/09), la Chirurgia generale e d'urgenza (MED/18), l'Anestesiologia (MED/41); per 3 sedi anche l'Ortopedia-traumatologia (MED/33). I corsi di infermieristica (MED/45) sono denominati in modo diverso:

- Infermieristica clinica in area critica (n=4);*
- Infermieristica clinica in area critica e dell'emergenza (n=2);*
- Infermieristica clinica nella criticità vitale (n=1);*
- Triage infermieristico (n=1). Una sede considera l'infermieristica psichiatrica come attinente alla criticità vitale.*

Il corso completo impegna dalle 60 alle 120 ore, per 3-4 discipline (da 1 a 5) con una media di 25 ore ciascuna (range=10-25). Il peso medio dei CFU varia da 10,7 a 15,7 ore.

I concetti più frequenti che caratterizzano le denominazioni dei corsi sono

Tabella 1. Denominazione e struttura dei corsi sulla criticità vitale

Sede	Denominazione del/dei Corsi Integrati	Monte ore			CFU
		Complessivo	Discipline mediche	Discipline infermieristiche	
1	1) Medicina d'urgenza e chirurgia d'urgenza - terapia intensiva - 2) Infermieristica clinica 4	120	80	40	Tab XVIII ter
2	1) Pronto soccorso 2) Infermieristica clinica 4	75	45	30	5
3	1) Infermieristica clinica in area critica e dell'emergenza	110	80	30	7
4	1) Infermieristica clinica in area critica	75	40	35	7
5	2) Infermieristica clinica 4	60	-	60	Tab XVIII ter
6	1) Infermieristica in area critica e dell'emergenza	105	75	30	7
7	1) Infermieristica in area critica 2) Infermieristica in chirurgia specialistica	80	50	30	5,9
8	1) Medicina d'urgenza e chirurgia d'urgenza - terapia intensiva 2) Infermieristica clinica 3	60	20	40	5,5

Tabella 2. Gli obiettivi perseguiti da ciascuna sede nei corsi integrati sulla criticità vitale

Obiettivi	Sede	1	2	3	4	5	6	7	8
1) Riconoscere i principali quadri clinici che costituiscono un evento critico				X		X		X	
2) Effettuare tecniche di mantenimento delle funzioni vitali o nella gestione del paziente critico		X			X				X
3) Riconoscere le priorità assistenziali		X					X		X
4) Applicare protocolli/piani per la gestione del paziente critico		X	X						
5) Definire il concetto di area critica e di paziente critico					X				X
6) Indicare i servizi e le strutture preposte alla gestione dell'emergenza/urgenza					X		X		
7) Conoscere i principali percorsi di cura intra ed extraospedalieri, critico, sub critico e post critici					X			X	X
8) Riconoscere i ruoli delle diverse figure che operano in un contesto di criticità vitale.							X		

quello di urgenza, emergenza, area critica e terapia intensiva.

Le competenze attese al termine del corso sulla criticità vitale

Ciascuna sede ha indicato gli obiettivi perseguiti nei corsi sulla criticità vitale che sono stati successivamente organizzati in categorie come emerge dalla (Tabella 2).

Gli obiettivi dichiarati perseguono lo sviluppo di conoscenze cliniche (obiet-

tivi n. 1-4) e organizzative del sistema di emergenza (obiettivi n. 5-8). Quelli più frequenti sono:

- a) l'individuazione dei problemi clinici che possono portare ad un evento critico;
- b) il mantenimento delle funzioni vitali;
- c) il riconoscimento delle priorità;
- d) e dei percorsi assistenziali. Alcune sedi dichiarano obiettivi prevalentemente clinici (ad esempio, la sede 1, 2, 3 e 5), altre misti (sede 7 e 8), mentre altre ancora prevalentemente organizzativi (sede n. 4 e 6).

I quadri clinici trattati

Ciascuna sede ha riportato i quadri clinici approfonditi nel corso; ne sono stati censiti 44 successivamente organizzati in: problemi cardiocircolatori (che includono 9 diversi quadri, come ad esempio l'infarto, arresto cardiaco, fibrillazione ventricolare); traumi, problemi neurologici; gastrointestinali; respiratori; renali e dell'equilibrio acido base; e una miscellanea di problemi che richiedono il pronto intervento (es. ustionato, ferite, avvelenamento).

Tabella 3. Quadri clinici trattati nel corso di criticità

Categoria	Quadri clinici Censiti n.	Quadri clinici trattati da ciascuna sede								
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Problemi Cardiocircolatori	9	4	7	1	2	3	5	2	7	31
Pronto intervento	9	7	4	2	3	4	2	-	1	23
Traumi	8	8	4	1	1	6	6	1	5	32
Problemi Neurologici	7*	2	5	2	1	1	6	1	5	23
Problemi Gastrointestinali	5	3	4	1	-	-	5	-	1	14
Problemi Respiratori	3	-	2	1	-	1	1	1	2	8
Problemi Renali / equilibrio acido base	2	1	-	2	-	-	-	-	2	5
Problemi paziente in anestesia	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	Totale	26	26	10	7	15	25	5	23	

* la sincope è stata inclusa tra questi

Ciascun corso tratta da 5 a 26 quadri diversi; la sede che tratta solo 5 quadri, ha optato per situazioni emblematiche (politraumatizzato, arresto cardiocirco-

latorio, insufficienza cardiocircolatoria, coma, insufficienza respiratoria acuta). Quelle che affrontano molti quadri frammentano molto il percorso e proba-

Tabella 4. Procedure insegnate nel corso sulla criticità vitale e modalità didattiche

Procedure	Lezione (sedi n=8)	Laboratorio* (sedi n=8)
Procedure autonome		
1) Inserzione cannula oro-faringea	5	1
2) Gestione catetere venoso centrale	5	1
3) Monitoraggio CO ₂ espirata	4	-
4) Dialisi peritoneale	2	-
5) Emodialisi	2	-
6) Accompagnamento -trasporto paziente critico	3	1
7) Gestione monitoraggio cardiaco	2	-
8) Monitoraggio SpO ₂	2	1
9) Gestione dei presidi per il paziente traumatizzato	2	1
10) Tecniche di tamponamento delle emorragie esterne	1	1
11) Gestione drenaggio toracico	1	1
Procedure a supporto dell'intervento medico		
1) Supporto alla intubazione oro - naso tracheale	5	4
2) Supporto alla estubazione	5	3
3) Supporto alla decannulazione tracheale	4	2
4) Supporto inserzione catetere arterioso	4	-
5) Supporto inserzione catetere arterioso polmonare	2	-
6) Supporto inserzione catetere venoso centrale	5	1
7) Supporto allo svezzamento del paziente dal respiratore	1	-
Procedure integrate		
1) Rianimazione cardiopolmonare	4	6
2) Rianimazione cardiopolmonare + defibrillatore	4	6

* alcune sedi trattano la procedura in aula e poi in laboratorio; altre, solo in laboratorio.

bilmente trattano solo gli aspetti più essenziali.

I problemi che caratterizzano di più il corso sulla criticità vitale sono i traumi, i problemi cardiocircolatori, neurologici e di pronto intervento; quelli meno caratterizzanti sono i problemi del paziente in anestesia (Tabella 3).

Tutte le 8 sedi trattano il politraumatizzato, il coma e l'arresto cardiocircolatorio; 7 trattano l'ustionato e il folgorato; 5 l'insufficienza respiratoria, shock, addome acuto, intossicazioni acute e avvelenamenti; 4 sedi trattano le lesioni da freddo; l'annegamento, le emorragie del tratto gastro intestinale, le convulsioni, la sincope, gli squilibri idro elettrolitici, le aritmie e il dolore toracico. I quadri trattati da una-due sedi sono il morso di vipera, le grandi catastrofi, l'insufficienza renale acuta, le urgenze chirurgiche delle vie biliari, le pancreatiti, l'asma acuto, la morte cerebrale e la donazione di organi, le lesioni chiuse e le ferite.

Non emerge alcuna correlazione tra monte ore dedicate al corso e numerosità dei quadri clinici trattati. Le sedi che dichiarano di perseguire solo obiettivi clinici sviluppano dai 10 ai 26 quadri; quelle che perseguono obiettivi prevalentemente organizzativi, dai 7 ai 25 quadri; le sedi che sviluppano solo la capacità di riconoscere i problemi che possono portare ad una situazione critica (n. 3 e 5) ne trattano rispettivamente 10 e 15.

Quali sono le procedure apprese dagli studenti e con quali strategie didattiche

I corsi prevedono lezioni ma anche altri approcci didattici interattivi come la gestione di casi (in 7 sedi), la simulazione di scenari su manichini (7), il problem based learning (2) e simulazioni tramite computer o CD Rom (1).

Tutte le sedi hanno attivato un laboratorio correlato al corso che di media impegna 15 ore (da 3 a 25) e in cui sono affrontate da 1 a 13 procedure o situazioni assistenziali specifiche. Sulla base di un elenco predefinito e ulteriormente arricchito dalle sedi coinvolte, sono state censite tutte le procedure insegnate nel corso durante lezioni o laboratori (Tabella 4).

Per 3 sedi su 8, la gestione dei cateteri venosi o arteriosi è una procedura

appresa al secondo anno; una sede invece precisa che il drenaggio toracico è affrontato in un'altra disciplina. Quasi tutte le sedi affrontano la rianimazione di base o avanzata con laboratori: 4 sedi organizzano entrambi i corsi di BLS e BLS-D mentre le altre operano una scelta: quando sviluppano la rianimazione di base non affrontano quella avanzata e viceversa.

Tra le 20 procedure segnalate dalle diverse sedi, 11 riguardano ambiti di autonomia degli infermieri (monitoraggi, drenaggi...), 7 attengono a funzioni di supporto all'intervento medico e 2 a procedure di elevata integrazione come la gestione del paziente in arresto cardiorespiratorio. Metà sedi privilegiano l'insegnamento delle procedure gestite autonomamente dagli infermieri; l'altra metà quelle in cui il ruolo infermieristico è di supporto. Mentre le procedure

autonome sono acquisite prevalentemente in aula, quelle di supporto prevedono laboratori-esercitazioni.

La procedura più caratterizzante del corso che impegna molto le sedi sia nelle lezioni che nei laboratori è la rianimazione cardiopolmonare; tra quelle eseguite in autonomia dagli infermieri, l'inserzione della cannula orofaringea e la gestione del CVC, tra quelle a supporto, l'intubazione oro-naso tracheale.

L'apprendimento clinico

Gli studenti realizzano da 1 a 3 esperienze in contesti diversi: 1 corso di Laurea individua il monte ore ma lascia allo studente la scelta; gli altri individuano contesti e monte ore. Tutte le sedi individuano ambiti di tirocinio attinenti alle strutture di area critica ma con estre-

ma variabilità tra una sede e l'altra: uno studente può realizzare da 1 a 3 esperienze di tirocinio, rimanendovi da 1 a 3 mesi, per un minimo di 120 ad un massimo di 390 ore, da 4 a 9,6 CFU. Tutti gli studenti possono affrontare una esperienza in pronto soccorso che accoglie situazioni acute ma non sempre critiche. Alcune realtà offrono esperienze non equivalenti (terapie intensive, gruppo operatorio o 118) e molto legate a situazioni locali (centro ustioni) (Tabella 5).

Gli ambiti di miglioramento

Gli ambiti prioritari sui quali le sedi vorrebbero impegnarsi per migliorare il corso sulla criticità vitale sono:

- a) la revisione degli obiettivi, dei contenuti e delle strategie didattiche utilizzate (4 sedi);

Tabella 5. Esperienze di apprendimento clinico correlate al corso sulla criticità vitale

n. esperienze di tirocinio / sedi		Sedi	Monte ore	CFU (1 CFU= 30 h)
<i>Tra quelle riportate di seguito</i>				
1 esperienza	Sede n.3	Pronto soccorso /118 o Terapia intensiva generale o Terapia intensiva cardiocirurgia o Cardiologia o Gruppo operatorio	190	6,3
	Sede n. 4	Pronto soccorso /118 o Terapia intensiva generale o Terapia intensiva cardiocirurgia o Cardiologia o Neurochirurgica o Neonatale	120	4
	Sede n. 6	Pronto soccorso /118 o Terapia intensiva generale o Terapia intensiva cardiocirurgia o Cardiologia	150	5
	Sede n. 8	Pronto Soccorso Terapia Intensiva generale o post chirurgica Area di emergenza Terapia Cardiologia/Cardiocirurgia	150	5
<i>Tra quelle riportate di seguito</i>				
2 esperienze	Sede n. 1	Medicina d'urgenza Chirurgia d'urgenza Pronto soccorso, Rianimazione, Emodialisi, Terapia Intensiva	350	Tab XVIII ter
	Sede n. 7	Pronto soccorso /118 Medicina d'urgenza Terapia intensiva generale, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Neonatale	200	6,6
<i>Tutte le esperienze riportate di seguito</i>				
3 esperienze	Sede n. 2	Pronto soccorso o medicina d'urgenza Rianimazione o unità coronarica 118 (non tutti gli studenti)	120	9,6
			120	
			50	
			Totale 290	
Sede n. 5	118 o PS Centro grandi ustionati Terapia intensiva neurochirurgica, unità coronarica, Terapia Intensiva Post Chirurgica	130	Tab XVIII ter	
		130		
		130		
			Totale 390	

- b) la differenziazione dell'infermieristica dell'emergenza da quella della criticità attivando due corsi distinti (2);
- c) la possibilità di realizzare tirocinio anche nella centrale 118 (2);
- d) l'adeguamento dei programmi ad una preparazione di primo livello (1);
- f) il coinvolgimento degli infermieri esperti nella supervisione dei casi affrontati dagli studenti in laboratorio;
- g) l'attivazione del corso integrato nelle sedi in cui ciò non è ancora avvenuto.

Discussione

In tutte le sedi coinvolte, il corso in area critica è previsto al terzo anno: questo risponde ad una logica curricolare che accompagna gli studenti ad affrontare situazioni cliniche di complessità crescente. Le otto sedi coinvolte preparano gli studenti a gestire il paziente accolto nelle strutture di area critica: nessuna fa esplicito riferimento alla gestione di un paziente critico indipendentemente da dove si trova (ad esempio in medicina). I principali organizzatori curricolari sono i quadri clinici e le procedure apprese in aula o in laboratorio; l'accertamento delle funzioni vitali compromesse che dovrebbe essere una priorità come indicato dalla letteratura, è insegnato attraverso i quadri clinici, il monitoraggio cardiaco e della SpO₂ (questi ultimi solo in 2 sedi).

7 Corsi di Laurea organizzano il corso sulla criticità vitale includendo discipline mediche e infermieristiche, che solo 4 riescono ad integrare: probabilmente questo è l'effetto della riforma appena iniziata e potrebbe costituire un ambito da potenziare in futuro. La gestione del paziente critico richiede una elevata integrazione delle diverse professionalità che gli studenti potrebbero imparare a comprendere già in aula se gli insegnamenti e le prove di esame procedono in modo integrato.

Le discipline cliniche prevalgono su quelle infermieristiche; anche laddove prevalgono queste ultime, l'approccio dichiarato è per quadri clinici e la quantità di situazioni affrontate non si differenzia dai corsi in cui prevalgono le discipline mediche. Anche le denominazioni dell'infermieristica sono molto diversificate tra area critica, urgenza, emergenza

o terapia intensiva: probabilmente l'infermieristica nel triage, attivata in una sede, costituisce un ambito di competenza avanzata da sviluppare nel Master.

Il peso medio in ore dei CFU dei corsi è molto variabile e non supera le 16 ore. Non avendo rilevato il peso medio dei CFU di altri corsi, non è possibile commentare ulteriormente questo dato anche se la variabilità registrata tra le sedi (da 10 a 16) è molto rilevante. Gli obiettivi dei corsi comprendono prevalentemente il riconoscimento e la descrizione di quadri clinici o degli aspetti organizzativi specifici dell'area critica; tra tutti gli obiettivi censiti, solo due comprendono competenze concrete (applicare protocolli ed effettuare manovre rianimatorie di base). Probabilmente gli aspetti organizzativi sono ritenuti emblematici per la comprensione del percorso del paziente critico anche se molti di questi potrebbero costituire obiettivi di tirocinio. Anche le sedi che dichiarano di orientare gli studenti ad approfondire quasi esclusivamente gli aspetti organizzativi, di fatto, sviluppano numerosi quadri clinici.

Il numero dei quadri clinici trattati è molto elevato e non correlato al numero delle ore di ciascun corso: in alcune circostanze le scelte sono fortemente legate al contesto (annegamento o morso di vipera) mentre in altre, è privilegiata l'attenzione ai grandi quadri (ad esempio lo shock) all'interno dei quali ne vengono trattati altri (ad esempio l'insufficienza renale acuta). I quadri che più caratterizzano il corso sono il proflittizzato e i problemi cardiocircolatori; quelli che lo caratterizzano di meno sono i problemi renali e dell'equilibrio acido base. In particolare l'insufficienza respiratoria e lo shock sono trattati da sole 5 sedi su 8; non emerge una attenzione alla donazione di organi e solo una sede dichiara di trattare la gestione del paziente sottoposto ad anestesia che impegna molto gli infermieri anche dei reparti di chirurgia, soprattutto quando il paziente è anziano e con altri problemi di salute. Probabilmente tale aspetto è trattato al secondo anno, nel corso di chirurgia. Non è possibile commentare i quadri clinici selezionati dalle sedi perché probabilmente tengono conto anche di ciò che gli studenti hanno appreso lungo il triennio: è comunque evidente che alcune sedi hanno selezionato i quadri core anche

sulla base della loro esemplarità didattica; diversamente, le sedi che dichiarano di affrontarne fino a 26 quadri, probabilmente non hanno ancora operato una scelta.

Tutte le sedi preparano gli studenti alla rianimazione cardiopolmonare di base o avanzata (o entrambi): tale competenza è quella che più caratterizza in assoluto sia i corsi teorici che i laboratori. La sua collocazione al terzo anno può presentare svantaggi e vantaggi: con ogni probabilità molti studenti hanno già visto o partecipato a rianimazioni senza avere le conoscenze necessarie. Considerato che le linee guida più attuali sollecitano ad una ampia diffusione di queste competenze, potrebbe essere interessante anticiparle affinché gli studenti possano riconoscere e partecipare alle diverse situazioni che incontrano. D'altra parte, questa scelta ha il vantaggio di mantenere integrato il corso nelle sue componenti teoriche e applicative ma anche di investire su gruppi di studenti stabili considerato l'elevato impegno richiesto dai corsi BLS quando progettati sulla base degli standard. Altrettanto interessante sarebbe approfondire il motivo per cui almeno 4 sedi organizzano corsi di BLS e BLS-D nello stesso anno accademico, per tutti gli studenti: probabilmente, se la scelta è quella di procedere con gradualità, avrebbe più senso anticipare al primo o secondo anno il BLS per poi offrire quello avanzato.

Alcune sedi privilegiano l'insegnamento delle procedure di supporto mentre altre di quelle autonome: mentre queste ultime sono sviluppate prevalentemente in aula, quelle a supporto in laboratorio. Considerato che molte procedure autonome dovrebbero essere attivate in momenti critici e al massimo delle performance, potrebbe essere importante allenarle in laboratorio, in situazione protetta.

Ai di là della rianimazione cardiopolmonare e della gestione del catetere venoso centrale, non emergono altre procedure caratterizzanti: 5 sedi insegnano in aula come posizionare la cannula oro-faringea generando di fatto conoscenze e non competenze. L'accompagnamento e trasporto del paziente critico che è molto complesso perché richiede capacità di decidere (è un paziente che va accompagnato dall'infermiere o dall'operatore di support-

to?), monitorare (quali funzioni vanno presidiate?), gestire nelle dimensioni tecnologiche (infusioni, ossigenoterapia, monitoraggio continuo) ma anche cliniche, è trattato solo da 3 sedi su 8. Molte delle procedure apprese in aula (insegnare durante una lezione come posizionare una barella a cucchiaio), potrebbero essere trasferite nei laboratori con maggior impatto sull'apprendimento.

Il tirocinio è l'ambito sul quale emerge la più elevata variabilità. Gli studenti sperimentano le conoscenze apprese nel corso integrato facendo esperienza nelle strutture di area critica; il monte ore è molto diversificato, come pure la quantità delle esperienze, alcune delle quali più rispondenti ad una offerta locale che a effettive esigenze formative (ad esempio, centro ustionati o terapia intensiva neonatologica). Una sede prevede l'esperienza nel gruppo operatorio probabilmente per sviluppare competenze infermieristiche nella gestione del paziente in anestesia. In almeno tre sedi, lo studente investe la maggior parte del terzo anno in area critica.

Tutte le sedi sono impegnate a rivedere il corso sulla criticità vitale particolarmente negli obiettivi, contenuti e strategie didattiche. Questo fa ipotizzare un grande fermento e la possibilità di perfezionare, in futuro, la preparazione degli infermieri nella gestione del paziente critico.

Conclusioni

Sono state analizzate le scelte realizzate da 8 Corsi di Laurea in Infermieristica nella preparazione degli studenti alla gestione del paziente critico. Pur nei limiti dello studio che ha incluso poche sedi formative, emerge una importante variabilità nella composizione dei corsi, dei crediti formativi universitari e degli obiettivi dichiarati. I quadri che più caratterizzano il corso sulla criticità vitale sono il politraumatizzato, l'arresto cardiocircolatorio e il coma; quelli meno caratterizzanti la morte cerebrale e la gestione del paziente in anestesia. Le procedure sono apprese prevalentemente in aula; quelle più caratterizzanti sono la rianimazione cardiopolmonare di base o avanzata, la gestione dei cateteri venosi centrali e l'inserzione della cannula oro-faringea. Il tirocinio è realizzato nelle strutture di area critica: alcune sedi programmano fino a due o tre esperienze di

durata variabile ma che fanno pensare ad un investimento molto rilevante. Nessuna sede considera la criticità vitale nei contesti diversi da quelli dell'urgenza, emergenza, intensivi o critici, così come sembra sollecitare la letteratura.

Gli sforzi che si stanno facendo nella definizione del core curriculum della formazione di base, le esperienze dei primi Master in area critica e i contributi degli infermieri esperti ma anche delle associazioni scientifiche, aiuteranno a caratterizzare meglio le competenze di base e avanzate.

Bibliografia

1. PEARSON A., PEELS S., *Advanced practice in nursing: International perspective*. International Journal of Nursing Practice 2002; 8: S1-S2.
2. SCOTT C., *Specialist practice: advancing the profession?* Journal of Advanced Nursing 1998; 28: 554-562.
3. MURCH P., WARREN K., *Developing the role of the clinical care liaison nurse*. Nursing in Critical care 2001;6:221-225.
4. ABNER C., *Increasing critical care skills of non critical care nurses*. Journal of Nurses in Staff Development 2000; 16: 124-130.
5. MCQUILLAN P., et al., *Confidential enquiry into quality of care before admission to intensive care*. British Medical Journal 1998; 316: 1853-1858.
6. AHERN J., CERT ED, PHILPOT P., *Assessing acutely ill patients on general wards*. Nursing Standards 2002; 16: 47-56.
7. ROBERTSON S., LAWSON D., DUNN SV et al., *CACCN Competency Standards for Specialist Critical care nurses*. InkPress, Perth.
8. SCHOLES JD., ENDACOTT R., CHELL A. *A formula for diversity: a review of critical care curricula*. Journal of Clinical Nursing 2000; 9(3): 382-390.
9. MCHALE DJL., CARLSON KK., *AACN procedure manual for Critical care*. American Association of Critical Care. USA: Saunders Company, 2001.
10. HARVEY M., *Study guide to Core Curriculum for critical care nursing*. USA: Saunders, 2000.
11. WATTS R., *The critical care nurse practitioner curriculum at the university of Pennsylvania: update and revision*. Advanced practice in Acute Critical Care 1997; 8: 116-122.
12. DUNN S., LAWSON D., ROBERTSON S., UNDERWOOD M. et al., *The development of competency standards for specialist critical care nurses*. Journal of Advanced Nursing 2000; 31: 339-346.
13. MALONE BL., *Working with a people. Evaluation of the clinical nurse specialist activities*. American Journal of Nursing 1986; 86: 1375-77.

Abstract

Since nursing education is in the university system in two different levels, Baccalaureate and Masters degree, a lot of faculties are looking for discriminate between basic and advanced nursing competence. Actually, there are a great number of Masters in critical and intensive care where students learn in-depth what they just studied in the first baccalaureate level of nursing education. With the aim to understand what is the level of baccalaureate critical care course, we involved 8 Schools of Nursing. The contents and the course develop in the Schools involved are very different in objectives, clinical problems selected for teaching, numbers of hours and credits, teaching methods, and also in clinical training. With the differentiation on nursing competence, is becoming really necessary to deepen on the level waiting for the baccalaureate education and for Master Degree.

Key words: Critical Care Nursing curricula, Advanced Competence, Clinical Competence.

Silvia Boscaro, Infermiera Terapia Intensiva e Rianimazione Ospedale di Dolo, (Ve)
Luisa Anna Rigon, IID - Docente del Corso di laurea per Infermiere presso le Università di Padova e Udine.
Paola Marinello, Infermiera Pronto Soccorso di Dolo (Ve)

Indagine sulle conoscenze di Basic Life Support tra gli infermieri di un ospedale del Veneto

Riassunto

La conoscenza della procedura di Basic Life Support è fondamentale per la professione infermieristica; la gestione dell'emergenza è una competenza specifica dell'infermiere che non può permettersi di essere impreparato e deve saper garantire alle persone colpite da Arresto Cardiaco una possibilità di sopravvivere. Il bisogno di formazione viene spesso sottovalutato anche dallo stesso professionista che si percepisce adeguato, ma le conoscenze effettive spesso si rivelano molto più scarse di quelle percepite. In questo articolo si va a scoprire proprio la differenza esistente tra conoscenze percepite ed effettive a riguardo della manovra di Basic Life Support secondo la linea guida dell'Italian Resuscitation Council 2002.

Materiali e metodi

Campione: 196 infermieri operanti in 9 UO scelte in Area critica, Area Medica, Area Chirurgica (il 41% del numero totale di infermieri che prestano servizio presso l'Ospedale di Dolo).

Strumento: questionario basato sul manuale di BLS secondo IRC, composto da 3 sezioni in cui nella seconda si valuta la competenza auto percepita, nella terza si valutano le conoscenze.

Conclusioni: da questa indagine, risulta che gli infermieri si percepiscono come pronti, ma le conoscenze non sono sufficienti per garantire una gestione ottimale dell'emergenza provocata da Arresto Cardiaco in ambito ospedaliero; occorre quindi investire molto nella formazione.

Parole chiave: BLS; Arresto Cardio Respiratorio; Infermieristica; Formazione.

L'Infermiere è un professionista che deve avere una buona conoscenza delle prime manovre di rianimazione e soprattutto della procedura di Basic Life Support (BLS), anche per poter dare ai pazienti una possibilità in più di sopravvivere davanti a un momento critico quale l'Arresto Cardiaco.

Gli infermieri devono infatti saper intervenire in modo corretto ed appropriato nelle situazioni critiche e l'emergenza richiede alti standard di qualità assistenziale e una formazione continua da parte del personale.

Il BLS consente di mantenere la pervietà delle vie aeree, ventilazione, circolazione sanguigna agli organi vitali, fino a che non si rendano disponibili farmaci specifici e strumenti salvavita, quali il Defibrillatore.

Il fattore tempo è di sicuro fondamentale per una corretta gestione dell'AC, ma oltre a questo, è importante che il personale sanitario sappia che cosa fare

e sappia come muoversi, e quindi la conoscenza delle manovre di BLS è necessaria per gestire e usare correttamente i minuti che intercorrono tra il riconoscimento dell'AC e l'arrivo di un Defibrillatore, o dei farmaci d'emergenza.

Il Codice Deontologico, nella norma 1.2, descrive l'assistenza infermieristica come un servizio della persona e della collettività che si attua attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa. In questo punto si inseriscono le competenze dell'infermiere per ciò che riguarda conoscenza, capacità e possibilità di effettuare le manovre di BLS.

Il punto 3.6 del Codice Deontologico afferma che l'infermiere, in condizioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. Secondo queste regole quindi, la conoscenza delle manovre di BLS è necessaria perché l'infermiere adempia al proprio mandato in modo corretto.

Materiali e metodi

Per lo studio in questione, si è preso in esame un campione rappresentativo di infermieri che lavorano presso l'ospedale di Dolo, ULSS 13, Veneto.

In totale il personale di tipo infermieristico che presta servizio presso l'Ospedale di Dolo ammonta a 479 unità suddivise in 34 Unità Operative.

Sono state prese in esame 9 Unità Operative, cercando di proporre il questionario ad ogni infermiere che in queste Unità presta servizio, e sono state divise in 3 aree: *Area critica* composta dai Reparti di Pronto Soccorso, Rianimazione, Cardiologia per un totale di 53 infermieri; *Area Medica* composta da Medicina, Geriatria, Pneumologia per un totale di 75 infermieri; *Area Chirurgica* composta da Chirurgia, Ortopedia, Urologia per un totale di 68 infermieri. Il totale del campione considerato ammonta a 196 unità (cioè tutti gli infermieri che lavorano nei reparti presi in esame), 105 donne e 60 uomini, il 41% del numero totale di infermieri che prestano servizio presso l'Ospedale di Dolo.

Sono state considerate per l'indagine queste Unità di servizio perché sono Unità presenti in qualsiasi presidio ospedaliero, e si presume quindi che le capacità e conoscenze medie di ogni qualsiasi infermiere si possano paragonare alle conoscenze di uno stesso infermiere che presta servizio in un altro nosocomio.

L'età media di queste persone è nella maggior parte dei casi compresa tra 21 e 50 anni per le aree medica e chirurgica, 43 persone in tutto, mentre in area critica prevale la presenza di persone più giovani (21-30).

Gli infermieri presi in esame sono quasi tutti professionali (143), con una presenza esigua di generici (22).

La preparazione scolastica è così suddivisa: le persone considerate in possesso di un Diploma di Biennio o Triennio superiore sono 100 e quelle in possesso di Diploma di Maturità sono 65.

Si sottolinea che solo 36 persone su 196 dichiarano di aver frequentato un Corso di BLS secondo Linee Guida IRC (27 di queste persone lavorano in area critica).

L'indagine in questione è stata effettuata nella seconda metà dell'agosto 2002 attraverso un questionario costruito basandosi sul manuale di BLS secondo IRC e che è stato consegnato ad ogni infermiere.

Lo strumento in questione era composto di tre parti:

- *la prima parte era costituita da 6 domande su dati oggettivi quali sesso, età, qualifiche professionali, titolo di studio, esperienze di lavoro precedenti e situazione di aggiornamento a riguardo del BLS; questo tipo di domande sono comunemente presenti in qualsiasi questionario di indagine che si occupi di conoscere dati oggettivi degli intervistati.*
- *La seconda parte si componeva di 6 domande di autovalutazione, in cui si chiedeva agli infermieri di esprimere le capacità percepite di effettuare la manovre di rianimazione, su scala Likert da 1 a 5; questa sezione è stata composta basandosi sulle domande riguardanti le conoscenze specifiche della RCP, che seguiranno nella terza sezione del questionario.*
- *La terza parte era costituita da 15 domande a risposta multipla che vertevano sulle conoscenze specifiche di Basic Life Support (domande tratte dal manuale di Basic Life Support secondo Linea Guida IRC 2002 e che compongono il test di verifica di apprendimento delle manovre di BLS e da un questionario di verifica di conoscenza della manovre di emergenza per personale non medico, (vedere bibliografia punto 10).*

È da sottolineare che il questionario non è stato pre testato a un campione di persone prima di eseguire l'indagine, è stato somministrato agli infermieri dopo attenta correzione e valutazione da parte degli autori dell'indagine.

Risultati

Si presentano i risultati ponendo in alto a sinistra (nella zona del titolo) le domande di autovalutazione personale, le risposte a questi quesiti si trovano sulla stessa riga delle risposte suddivise per aree (Critica, Medica, Chirurgica), è stata volutamente evidenziata solamen-

te la moda, con relativa frequenza, per mettere in maggior risalto la qualità dell'autovalutazione che si sono dati gli infermieri.

Le domande sulla colonna di sinistra, sotto al quesito di autovalutazione, si riferiscono alle conoscenze effettive del personale intervistato.

Le risposte sulla stessa riga della domanda, colorate in modo diverso a seconda dell'area, indicano il numero effettivo di risposte date in modo esatto, errato e non risposte sul totale delle risposte espresse dal personale intervistato. (vedi Tabelle I - VI).

Discussione

Per ognuna delle domande sulle conoscenze effettive dimostrate, si è provveduto a conteggiare, rimanendo i questionari divisi per aree, la maggior parte delle risposte date di tipo esatto, errato e delle domande cui non è stato risposto. In generale, alla fine della ricerca effettuata e al termine dell'analisi dettagliata dei dati emersi sulle conoscenze generali a riguardo delle manovre di Basic Life Support, ci si può permettere di affermare che gli infermieri riferiscono di avere conoscenze medie abbastanza buone riguardo la capacità di affrontare una emergenza cardiaca intraospedaliera.

Questo dato ricalca quello ottenuto da uno studio svolto in Veneto su un campione di 906 infermieri nel 1998.

Le risposte date alle domande sulle conoscenze effettive denotano invece una generale scarsità e mancanza di nozioni un pò in tutte le aree prese in esame.

Il fabbisogno formativo è stato evidenziato attraverso i grafici che rappresentano le risposte date dagli infermieri; si nota come sia assolutamente necessario un aggiornamento in alcuni casi (soprattutto in area critica), e una vera e propria formazione a riguardo le manovre di BLS secondo linee guida IRC nella maggior parte delle Unità Operative prese in esame.

Conclusioni

Per cercare di porre rimedio a questa situazione, e soprattutto per garantire ai

Tabella I

	Area critica			Area medica			Area chirurgica		
D.7 Autovalutazione media. Riconoscere la presenza di AC:	BUONO 26/45			DISCRETO 32/65			DISCRETO 21/55		
	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>
D.13 Conoscenze effettive. Cosa intendi per AC?	43/45	2/45	0/45	45/65	18/65	2/65	32/55	23/55	0/55
D.14 Conoscenze effettive. Quali sono i segni d'allarme dell'AC?	34/45	11/45	0/45	35/65	29/65	1/65	25/55	30/55	0/55
D.15 Conoscenze effettive. Quali sono i ritmi che causano l'AC?	36/45	10/45	0/45	28/65	30/65	7/65	26/55	26/55	3/55

Commento: L'autovalutazione a riguardo delle capacità degli infermieri di riconoscere la presenza di Arresto cardiaco è mediamente alta, con capacità percepite equivalenti a

buono e discreto. Nelle domande sulle conoscenze effettive, dove si chiede quali sono i ritmi cardiaci che portano ad Arresto o si chiede di riconoscere dei segni di allarme

dell'AC si nota come le risposte errate denotino una certa scarsità di conoscenze specifiche, soprattutto in area chirurgica.

Tabella II

	Area critica			Area medica			Area chirurgica		
D.8 Autovalutazione. Valutazione stato di coscienza:	BUONO 24/45			DISCRETO 28/65			DISCRETO 24/55		
	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>
D.16 Conoscenze effettive. Quale manovra è necessaria al trattamento di una persona incosciente?	21/45	24/45	0/45	11/65	53/65	1/65	25/55	24/55	6/55
D.17 Conoscenze effettive. Quando si effettua RCP il paziente deve essere in posizione:	44/45	0/45	1/45	54/65	9/65	2/65	47/55	7/55	1/55

Commento: Le capacità percepite dagli infermieri a riguardo delle capacità di valutare lo stato di coscienza sono mediamente discrete

e buone. Le conoscenze dimostrate a riguardo delle conoscenze specifiche sono però nettamente inferiori a ciò che gli infermieri

riferiscono di sapere, e questo è dimostrato dalla quantità non indifferente di risposte sbagliate.

Tabella III

	Area critica			Area medica			Area chirurgica		
D.9 Autovalutazione. Controllo e gestione delle vie aeree:	BUONO 27/45			DISCRETO 35/65			DISCRETO 21/55		
	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>
D.18 Conoscenze effettive. La valutazione della pervietà delle vie aeree richiede in sequenza:	26/45	19/45	0/45	19/65	45/65	1/65	22/55	33/55	0/55
D.19 Conoscenze effettive. Quando in un paziente non cosciente le vie aeree sembrano ostruite dopo il primo tentativo di ventilazione, il soccorritore deve:	19/45	26/45	0/45	12/65	50/65	3/65	21/55	34/55	0/55
D.20 Conoscenze effettive. Il "gaspig" o respiro agonico è:	40/45	5/45	0/45	36/65	25/65	4/65	30/55	19/55	6/55

Commento: L'autovalutazione sulle capacità di controllare e gestire le vie aeree è in media

abbastanza buona, al contrario delle risposte date alle domande sulle conoscenze effetti-

ve, dove si denota una certa mancanza di conoscenze, in tutte e tre le aree considerate.

Tabella IV

	Area critica			Area medica			Area chirurgica		
D.10 Autovalutazione. Ventilare con pallone autoespansibile e reservoir:	BUONO 25/45			DISCRETO 26/65			SUFFICIENTE 18/55		
	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>
D.21 Conoscenze effettive. Le insufflazioni con il sistema pallone-maschera:	36/45	8/45	1/45	28/65	35/65	2/65	26/55	25/55	4/55
D.22 Conoscenze effettive. Il soccorritore che effettua RCP da solo, deve controllare la ricomparsa del polso dopo:	37/45	8/45	0/45	46/65	17/65	2/65	32/55	21/55	2/55

Commento: Gli infermieri in questa situazione si autovalutano in modo differente, dal buono per l'area critica al sufficiente per l'a-

rea chirurgica. Effettivamente, le risposte date alle domande sulle conoscenze effettive non confermano una conoscenza e una sicurezza

adeguate nell'eseguire manovre critiche ma di piena competenza infermieristica.

Tabella V

	Area critica			Area medica			Area chirurgica		
D.11 Autovalutazione. Controllo del polso carotideo:	BUONO 25/45			DISCRETO 25/65			BUONO 23/55		
	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>
D.23 Conoscenze effettive. Se durante l'RCP ricompare il polso carotideo, è necessario:	41/45	4/45	0/45	32/65	31/65	2/65	32/55	20/55	3/55
D.24 Conoscenze effettive. Sai quali sono i parametri per eseguire l'RCP efficiente, cioè un rapporto tra insufflazioni e compressioni toraciche?	23/45	22/45	0/45	5/65	57/65	2/65	14/55	36/55	5/55

Commento: Le capacità percepite dagli infermieri per ciò che concerne il saper controllare il polso carotideo sono molto alte, con una

media del buono e discreto. Le conoscenze effettive dimostrate non sono all'altezza dell'autovalutazione data dagli infermieri, e

questo è dimostrato dalla quantità ingente di risposte errate.

Tabella VI

	Area critica			Area medica			Area chirurgica		
D.12 Autovalutazione. Eseguire le manovre di RCP:	BUONO 29/45			DISCRETO 27/65			SUFFICIENTE 17/55		
	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>	<i>Rispo. esatte</i>	<i>Rispo. errate</i>	<i>Non Rispo.</i>
D.25 Conoscenze effettive. Segna la giusta sequenza della "catena di sopravvivenza":	30/45	14/45	1/45	23/65	27/65	15/65	24/55	20/55	11/55
D.26 Conoscenze effettive. Il BLS comprende:	41/45	4/45	0/45	36/65	25/65	4/65	32/55	21/55	2/55
D.27 Conoscenze effettive. Dopo quanto tempo un Arresto respiratorio non trattato porta ad Arresto Cardio circolatorio?	22/45	23/45	0/45	13/65	48/65	4/65	18/55	35/55	2/55

Commento: In questo ultimo caso l'autovalutazione media è buona per l'area critica e suffi-

ciente per le altre due realtà considerate. Si può notare una certa quantità di risposte errate che, se

sommate alle risposte disartate, dimostrano una effettiva mancanza di conoscenze adeguate.

Allegato: Questionario proposto agli Infermieri.

PRIMA SEZIONE:

1	SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA	2	ETÀ	<input type="checkbox"/> 21- 30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> oltre 61		
3	TIPOLOGIA DI INFERMIERE	<input type="checkbox"/> INF. GEN. <input type="checkbox"/> INF. PROF.	4	FORMAZIONE SCOLASTICA	<input type="checkbox"/> MEDIA INF. <input type="checkbox"/> BIENNIO SUP. <input type="checkbox"/> TRIENNIO SUP. <input type="checkbox"/> TRIENNIO SUP. <input type="checkbox"/> MATURITÀ <input type="checkbox"/> QUINQUENNALE <input type="checkbox"/> DIPLOMA UNIV. INF. <input type="checkbox"/> LAUREA <input type="checkbox"/> ALTRO		
5	ESPERIENZE LAVORATIVE PRECEDENTI DELLE DURATA DI ALMENO UN ANNO		<input type="checkbox"/> RIANIMAZIONE <input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA	0/12 mesi	1/4 anni	5/9 anni	10/...
6	CORSI ABILITANTI FREQUENTATI		<input type="checkbox"/> BLS ESECUTORE <input type="checkbox"/> DP ESECUTORE <input type="checkbox"/> PBLs ESECUTORE <input type="checkbox"/> ACLS	<input type="checkbox"/> BLS ISTRUTTORE <input type="checkbox"/> DP ISTRUTTORE <input type="checkbox"/> PBLs ISTRUTTORE <input type="checkbox"/> ATLS <input type="checkbox"/> ALTRI....			

SECONDA SEZIONE:

Quale ritieni sia il tuo grado di conoscenza sulle seguenti procedure di Basic Life Support?

7. Riconoscere la presenza di AC (Arresto cardiaco):

8. Valutazione dello stato di coscienza:

9. Controllo e gestione delle vie aeree:

10. Ventilare Con pallone autoespansibile e resevoir:

11. Controllo del polso carotideo:

12. Eseguire le manovre di Rianimazione cardiopolmonare:

TERZA SEZIONE:

Rispondi alle seguenti domande segnando con una crocetta la risposta che ritieni più esatta.

13. Cosa intendi per arresto cardio- respiratorio?

- A La mancanza dei polsi periferici e una frequenza respiratoria inferiore ai 12 atti al minuto.
 B Una frequenza cardiaca inferiore a 40 battiti al minuto e un'assenza di attività respiratoria.
 C L'assoluta assenza di attività respiratoria e di polsi carotidei.
 D Una frequenza respiratoria inferiore ai 12 atti/ minuto e una frequenza cardiaca inferiore ai 40 battiti/ minuto.

14. Quali sono i segni d'allarme dell'attacco cardiaco?

- A Dolore o senso di oppressione al centro del torace o localizzato al collo, alla mandibola o in corrispondenza epigastrica.
 B Sudorazione fredda, nausea, sensazione di morte improvvisa.
 C Dolore anche di entità modesta, difficoltà respiratoria, non necessariamente sotto sforzo.
 D Tutte le precedenti.

15. Quali sono i ritmi che causano l'arresto cardiaco?

- A Asistolia, tachicardia ventricolare senza polso, fibrillazione ventricolare, dissociazione elettromeccanica.
 B Asistolia, blocco atrio-ventricolare di terzo grado, fibrillazione atriale.
 C Fibrillazione atriale, fibrillazione ventricolare, flutter atriale.
 D Tutte le precedenti.

16. Quale di queste manovre è necessaria nella valutazione e trattamento di una persona incosciente?

- A Controllo degli sfinteri.
 B Iperestensione del capo (se non traumatizzato).
 C Sollevamento degli arti inferiori.
 D Controllo del polso carotideo.

17. Quando si effettua una RCP (Rianimazione cardio-polmonare) il paziente deve essere in posizione:

- A Come lo si trova se si sospetta un trauma.
 B Supina.
 C Qualsiasi.
 D Prona.

18. La valutazione della pervietà delle vie aeree richiede in sequenza:

- A Iperestensione del capo, sollevamento del mento, esplorazione del cavo orale, rimozione corpi estranei.
 B Esplorazione del cavo orale, rimozione corpi estranei, estensione del capo, sollevamento del mento.
 C Sollevamento del mento, esplorazione del cavo orale, rimozione corpi estranei, estensione del capo.
 D Rimozione corpi estranei, sollevamento del mento.

19. Quando in un paziente non cosciente le vie aeree sembrano ostruite dopo il primo tentativo di ventilazione, il soccorritore deve:

- A Riposizionare il capo e riprovare a ventilare.
 B Iniziare le compressioni toraciche.
 C Proseguire nella sequenza di RCP e valutare la presenza del polso.
 D Valutare la presenza di ostruzione da corpo estraneo.

20. Il "gaspig" o respiro agonico:

- A Indica la necessità di effettuare le compressioni toraciche.
 B È un tipo di respirazione poco efficace.
 C È un tipo di respirazione inefficace che rende indicata la respirazione artificiale.
 D Si verifica in caso di intossicazione da stupefacenti.

21. le insufflazioni con il sistema pallone – maschera:

- A Si praticano con una frequenza di 5 al minuto.
 B Possono provocare distensione gastrica se la maschera non è aderente.
 C Possono provocare distensione gastrica se il capo non è sufficientemente esteso.
 D Non sono indicate se è possibile effettuare la ventilazione bocca – maschera.

22. Il soccorritore che effettua RCP da solo, deve controllare la ricomparsa del polso:

- A Dopo 5 minuti di RCP.
 B Dopo 1 minuto di RCP.
 C Dopo 30 secondi di RCP.
 D Dopo 2 minuti.

23. Se durante la RCP ricompare il polso carotideo, è necessario:

- A Continuare a ventilare con 12 atti al minuto.
 B Continuare a praticare le compressioni toraciche per almeno 30 secondi.
 C Valutare subito il diametro pupillare.
 D Non ventilare per permettere la ripresa dell'attività respiratoria spontanea.

24. Sai quali sono i parametri per eseguire una rianimazione cardio-polmonare efficiente, cioè un rapporto tra insufflazioni e compressioni toraciche?

- A 2:15 se pratici una RCP da solo, 1:5 se sei aiutato da un collega.
 B 1:5 se pratici una RCP da solo, 2:15 se sei aiutato da un collega.
 C 2:15 indifferentemente sia solo che aiutato.
 D 1:5 indifferentemente sia solo che aiutato.

25. Segna la giusta sequenza della "catena di sopravvivenza":

- A BLS precoce fi accesso precoce fi defibrillazione precoce fi ACLS precoce.
 B Defibrillazione precoce fi accesso precoce fi BLS precoce fi ACLS precoce.
 C Accesso precoce fi BLS precoce fi defibrillazione precoce fi ACLS precoce.
 D BLS precoce fi ACLS precoce fi accesso precoce fi defibrillazione precoce.

26. Il BLS comprende:

- A Il pronto riconoscimento dell' assenza coscienza, respiro, circolo.
 B L'attivazione precoce del sistema di soccorso.
 C L'esecuzione della RCP in caso di arresto cardiaco.
 D Tutte le precedenti.

27. Dopo quanto tempo un arresto respiratorio non trattato porta ad arresto cardiocircolatorio?

- A Meno di 3 minuti.
 B 7-8 minuti.
 C 30 minuti.
 D 5 minuti.

pazienti una buona qualità assistenziale, è opportuno predisporre un idoneo piano di addestramento del personale infermieristico, con relativo retraining, basato sulle linee guida previste dall'Italian Resuscitation Council.

Con una formazione ed una organizzazione adeguate, si arriva a garantire alle persone colpite da Arresto Cardiaco in ambiente ospedaliero una assistenza adeguata e soprattutto una possibilità in più di sopravvivere di fronte a una delle situazioni più critiche che l'uomo possa affrontare.

Bibliografia

1. FALLI F, ROBELLO G, BRIGANTI M, *Il BLS e gli infermieri italiani: studio statistico primi mesi 2000*. http://www.infermieri.com/archivio/falli/bls_stat.pdf
2. GENTILI A., NASTASI M., RIGON L.A., SILVESTRI C., TANGANELLI P., *Il paziente critico, clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione*, pagg. 278, 459 Ambrosiana, Milano, 2001
3. Dati G.I.T.I.C. Gruppo Italiano Infermieri in Cardiologia. 1999.
4. Italian Resuscitation Council *Manuale di Advanced Cardiac Life Support 1997- I Edizione*, ed. RGB.
5. MANTINEO G.A., DI NINNO E., *Arrestare. l'Arresto cardio respiratorio*. Emergency Oggi, 2002; 8(4): 6-7.
6. *Manuale di Basic Life Support secondo le linee guida dell'Italian Resuscitation Council*, 1996.
7. MENECHINI A., *Emergenza intraospedaliera: ruolo dell'infermiere*, Emergency oggi, 2002; 8 (8): 6-8.
8. MOIRAGHI P., *La nuova patologia medica e infermieristica clinica*. Ed. Medico scientifiche, 1999: 134.
9. *Nursing in Cardiologia 2002*. Atti delle giornate di nursing, XXXIII Congresso Nazionale di Cardiologia dell'AMNCO.
10. PICCOLO U., *Test di verifica per il personale di soccorso non medico*. Emergency Oggi, 2000; 6 (3): 28-37.
11. The Merk Manual, ed. Medicom Italia, Seventeenth Edition, 1999:1790-5.
12. <http://www.lifesupport.it/ilcor.htm>
13. TEMPORIN M., MARCOLONGO A., *Analisi del fabbisogno formativo del personale infermieristico dei servizi di urgenza-emergenza della Regione Veneto*. AIR 1999; 18 (3): 131-9.

Abstract

Introduction

Basic Life Support knowledge's is a must for nursing; emergency management is a specific competence as a registered nurse, who is not allowed to be unprepared, and should be able to provide a chance of survival in case of cardiac arrest.

Further education needs are often underrated even by the professional who feel that their knowledge is adequate, although the real knowledge is often lower than believed. This article shows the differences between the real and presumed Basic Life Support knowledge's in accordance with the Italian Resuscitation Council (IRC) 2002 guidelines.

Sample survey

196 nurses working in 9 different units of Critical Care, Medical and Surgical Areas. (41% of the are employed in Dolo Hospital-Venice).

Implementation

Questionnaire on BLS in accordance with IRC, divided in three different sessions; self-assessment is explored by the second session, real knowledge by the third.

Conclusion

This study shows that nurses believe themselves as ready, although the knowledges are not enough to provide high standard in-hospital emergency management due to Cardiac Arrest; we need to invest more resources in continuous education.

Key words: Cardiac-respiratory arrest; nursing; continuous education

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELL'EMERGENZA SANITARIA: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE CONSENSUS MEETING INTERNAZIONALE

Lunedì 10 maggio 2004
Ore 8.30 – 18.30

CENTRO DIDATTICO POLIVALENTE
AZIENDA OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA CAREGGI
FIRENZE

- **Organizzazione dell'emergenza territoriale**
- **Triage ospedaliero ed aspetti particolari dell'assistenza in DEA**
- **Modelli di risposta al disastro di territorio ed ospedale**

Occasione imperdibile per confrontarsi con i colleghi provenienti da USA, Inghilterra, Francia, Belgio
È prevista la traduzione simultanea

infermieri € 70 + IVA
medici € 100 + IVA

è previsto il riconoscimento ECM secondo le indicazioni della Regione Toscana il numero dei partecipanti è limitato, saranno privilegiati gli operatori dell'emergenza

Tel. 055/4279534
info_dea@ao-careggi.toscana.it

Informazioni telefonare a:
340/4045367

Nerina Dirindin, Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie "G. Prato"

Le riforme del sistema sanitario e le innovazioni nell'erogazione dell'assistenza



COMUNICAZIONE
Relazione presentata
al XXI Congresso Nazionale Anianti,
Bologna 12,13,14 Novembre 2003

Il settore sanitario è in continua trasformazione. Il mondo sviluppato è alla ricerca di un modello di funzionamento e di erogazione dell'assistenza sanitaria in grado di conciliare le esigenze di recupero dei valori di fondo dei sistemi di tutela della salute con gli obiettivi di responsabilizzazione e di razionalizzazione nell'impiego delle risorse. Le politiche degli inizi degli anni '90, modellate sulle esigenze di risanamento della finanza pubblica e di contenimento della spesa sanitaria pubblica, si sono infatti dimostrate in larga parte incapaci di innescare un processo di riforma orientato prioritariamente al miglioramento dei livelli di efficacia e di equità dell'intero sistema.

Secondo l'*Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico*, i paesi sviluppati non possono limitarsi ad intervenire attraverso i programmi tradizionali di contenimento della spesa pubblica (inevitabilmente destinati a produrre il semplice trasferimento degli oneri sui gruppi più deboli della popolazione), ma devono procedere in un'ottica globale, individuando risposte politiche nel contesto democratico nel quale operano i servizi, preservando l'integrità dei sistemi nazionali e favorendo l'adozione di politiche di tutela della salute che vadano oltre la semplice produzione di servizi sanitari (*Oecd*, 1996).

Nell'ambito di tale processo riformatore, l'esigenza di verificare i percorsi compiuti e di perfezionare i cambiamenti avviati è comune a tutti i paesi. Il quesito riguarda la capacità degli interventi relativi all'*organizzazione* e al *finanziamento* dei sistemi sanitari di migliorare i livelli di efficacia con cui i sistemi rispondono ai bisogni di salute della popolazione. Secondo una corrente di pensiero, la risposta è solo in parte confortante, perché le disfunzioni di cui soffre la sanità sono in qualche modo addebitabili alla medicina moderna,

che ha favorito aspirazioni individuali e pratiche mediche destinate a mettere a dura prova il sistema sanitario e a condannarlo al collasso (*Callahan*). Ne discende un forte richiamo al *sistema dei valori*, particolarmente significativo in questo specifico momento storico e specificamente per la realtà italiana.

La crisi dei sistemi sanitari è da ricondurre alla diffusa confusione fra *obiettivi* da massimizzare e *vincoli* da rispettare (l'obiettivo degli ospedali è la cura delle malattie o il rispetto dei tetti di spesa?), alla crescente attenzione alla produttività degli *input* anziché all'efficacia degli *output* (fino a inseguire - acriticamente - l'eccellenza dei processi, a prescindere dalla loro reale utilità pratica), all'adozione di meccanismi di *razionamento* senza aver preliminarmente esplorato le strade della *razionalizzazione* degli interventi.

Benché l'attenzione al rispetto dei vincoli di bilancio, obiettivo cruciale per il mantenimento di un sistema solidaristico in un contesto di scarsità di risorse, abbia contribuito ad una crescita di attenzione nei confronti dell'efficienza, il vero problema della sanità italiana (ma, per la verità, di tutti i paesi sviluppati) è l'efficacia degli interventi sanitari. Ciò che appare insoddisfacente non è tanto la produttività delle risorse impiegate nei singoli processi produttivi, quanto la consapevolezza che troppo spesso esse sono utilizzate per produrre prestazioni poco efficaci, per alimentare aspettative non sostenibili, per rispondere a bisogni particolari e non generali. In altri termini, e nonostante il contenuto del dibattito corrente, il principale male di cui soffre la sanità pubblica non è tanto legato alla micro-efficienza produttiva, ovvero al non ottimale utilizzo delle risorse disponibili per la produzione di dati servizi e prestazioni, quanto alla macro-efficienza allocativa, ovvero all'inadeguatezza delle scelte allocative fra

programmi alternativi di intervento.

Anche in Italia, gli obiettivi di risanamento della finanza pubblica hanno imposto, a partire dal 1992, una crescente attenzione al rispetto dei vincoli di bilancio. Ma, nella gran parte dei casi, tale orientamento - assolutamente condivisibile, stante la decennale disinvoltura dal lato della spesa - è stato rapidamente interpretato come una indicazione strategica dell'obiettivo cui tendere. Il pareggio di bilancio è sempre più percepito come un obiettivo (anzi, come l'unico obiettivo da raggiungere) e non più semplicemente come un vincolo da tener presente nel momento in cui si opera per realizzare l'obiettivo primo del servizio sanitario ovvero la tutela della salute.

All'interno di un tale quadro, la preoccupazione è che la crescente attenzione ai problemi dell'efficienza dell'industria della salute (e al contenimento della spesa) possa far apparire meno urgente una serie di riflessioni sul contributo del sistema al miglioramento dei livelli di salute della collettività e sulla sua capacità di rispondere ai mutevoli bisogni della popolazione. Un eccesso di attenzione ai problemi dell'efficienza produttiva può infatti risultare funzionale al continuo rinvio della valutazione dell'efficacia complessiva del servizio. Peraltro, la centralità dei problemi di efficacia non deve costituire un alibi per il rinvio di azioni di contenimento della spesa e di riduzione degli sprechi; al contrario il rispetto dei vincoli di bilancio deve essere considerato - in positivo - una straordinaria opportunità di cambiamento.

Ma quali fattori possono contribuire a spiegare tali equivoci? Quali forze operano a favore del mito della micro-efficienza produttiva e a danno della macro-efficienza allocativa?

I sistemi sanitari possono avere il loro obiettivo non solo nella salute, ma anche nel conseguimento di scopi che poco hanno a che vedere con la salute. Uno dei problemi fondamentali della sanità dei paesi sviluppati sta nella difficoltà crescente a tenere distinte le esigenze di tutela della salute dalle ambizioni di espansione dell'industria di prestazioni e servizi. In un mercato imperfetto, in cui l'offerta è in grado di indurre la propria domanda, la progressiva crescita dell'assistenza sanitaria produce effetti a favore dei produttori di prestazioni sanitarie che vanno al di là

delle reali esigenze di salute della collettività. Il settore sanitario si trova infatti in una situazione ideale per l'industria della salute: una domanda illimitata, una continua innovazione tecnologica e un importante finanziamento pubblico. E la medicina moderna ha spesso tratto vantaggio da tale situazione: *il potere sociale della medicina non sarebbe così ampio se il mondo degli affari non avesse scoperto che essa poteva garantire profitti enormi e diventare fonte di arricchimento* (Callahan, p. 59).

Sofferamoci rapidamente sulla dinamica della spesa sanitaria. Con riferimento al livello complessivo della spesa sanitaria, il grafico n. 1 indica la relazione esistente fra l'ammontare delle risorse destinate alla salute e il livello di sviluppo economico. Risulta evidente che la spesa sanitaria cresce con il Pil: i paesi poveri non possono che riservare alla sanità una piccola quota delle risorse disponibili; i paesi ricchi destinano alla sanità quote crescenti di risorse. Da notare che la relazione prescinde dal tipo di sistema sanitario operante nel singolo paese. Si noti inoltre la collocazione dell'Italia, la quale occupa una posizione assolutamente in linea con quella dei paesi a livello di sviluppo simile al nostro. Ne discende che la spesa sanitaria italiana (pubblica più privata) non può assoluta-

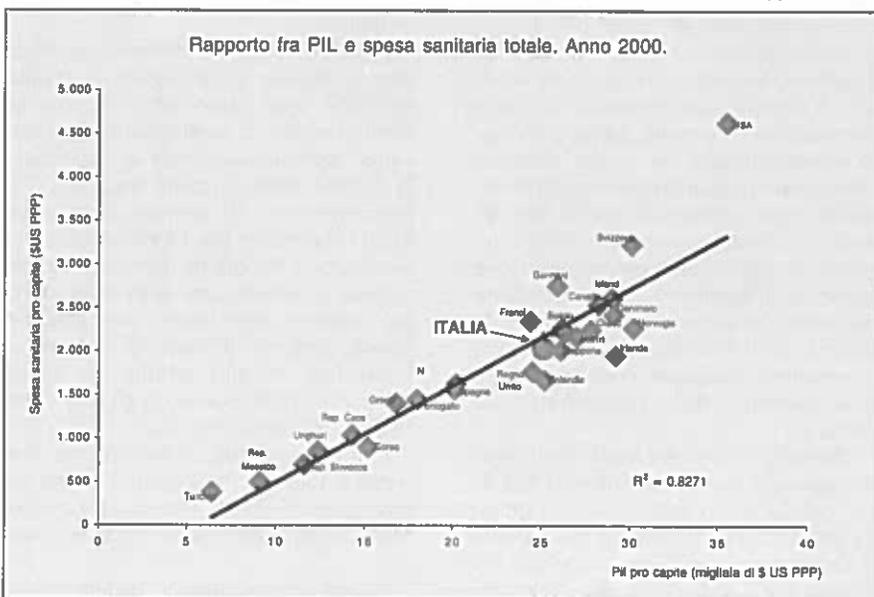
mente essere giudicata eccessiva. I ripetuti allarmi sulla sostenibilità della sanità paiono del tutto ingiustificati. A maggior ragione, se si tiene conto che la quota di spesa pubblica è, in Italia, inferiore alla media europea. (Grafico 1).

In tale contesto, la riforma del 1999 costituisce, per il nostro Paese, una tappa fondamentale di verifica, alla fine degli anni '90, della coerenza dei numerosi interventi di attuazione delle riforme introdotte all'inizio del decennio e delle soluzioni adottate nelle diverse realtà regionali. Il decreto legislativo 229/1999 presenta i contenuti di maggior rilievo; esso si propone due finalità fondamentali:

- 1) rendere pienamente perseguibili gli obiettivi di tutela della salute contenuti nella legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale;
- 2) completare il processo di riforma del sistema sanitario avviato agli inizi degli anni '90 con il d.lgs. 502/1992.

Sul piano dei contenuti, il decreto 229/1999 si caratterizza per un salto di qualità rispetto ai precedenti interventi normativi; esso introduce innovazioni che, in armonia con le tendenze di riforma dell'assistenza sanitaria in Europa, si propongono di definire un insieme di regole in grado di conciliare il recupero dei principi ispiratori dei sistemi sanitari di tipo universalistico con le esigenze di razionalizzazione

Graf. n. 1 - Spesa sanitaria totale (pubblica + privata) e Pil pro capite nei paesi sviluppati - 2000



Fonte: elaborazione dati Oecd 2002

nell'impiego delle risorse. Punto centrale è la conferma dell'importanza del Servizio sanitario nazionale quale strumento primario di garanzia del diritto fondamentale alla tutela della salute. Al Ssn spetta il compito di assicurare, attraverso risorse pubbliche reperite nel rispetto del principio della solidarietà fra classi sociali, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, i quali rappresentano le garanzie che il sistema si impegna ad assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività di individui.

Nell'ottica della valorizzazione e del completamento del decreto 502/92, costituiscono punti qualificanti del riordino del d. lgs. 229/99:

- il potenziamento dell'attività territoriale, attraverso l'attivazione dei *distretti* e lo sviluppo dell'integrazione *socio-sanitaria*, da cui il venir meno della centralità dell'ospedale;
- la valorizzazione delle *risorse umane*, la *formazione* e l'*aggiornamento* professionale;
- la definizione di un puntuale processo di *accreditamento* delle strutture che operano per conto del Ssn;
- il potenziamento del ruolo dei *comuni*, nella fase di indirizzo e di valutazione (e non in quella di gestione dei servizi);
- l'introduzione della *esclusività* del rapporto di lavoro.

Le riforme della fine degli anni '90 non hanno peraltro potuto produrre se non parzialmente gli effetti che si proponevano di realizzare. In questa sede si segnala, fra tutti, un importante risultato: il forte impulso impresso alla programmazione regionale. Dopo un periodo contraddistinto da molte carenze, soprattutto in alcune regioni tradizionalmente restie a programmare la rete dei servizi, si è recentemente assistito a un rinnovato vigore della programmazione regionale. Il fenomeno è da ricondurre alle nuove responsabilità attribuite alle regioni con il federalismo fiscale, e alla conseguente maggiore consapevolezza della necessità della programmazione sanitaria.

Oltre alla riforma del modello di *organizzazione* e *funzionamento* del Ssn, la fine del decennio vede l'avvio di un'altra innovazione: la riforma del sistema di *finanziamento* del Ssn, contenuta nel decreto legislativo n. 56 del 2000 che introduce il *federalismo fiscale*. Analiz-

ziamo sinteticamente i maggiori elementi di novità.

In primo luogo, il provvedimento prevede la soppressione degli attuali trasferimenti statali alle Regioni (compresi quelli del fondo sanitario) e la loro sostituzione con una compartecipazione delle Regioni al gettito dell'Iva (nonché con altre voci minori). Il meccanismo garantisce a ciascuna regione *entrate invariate* rispetto ai precedenti trasferimenti statali. Ma ciò vale solo per il primo anno, il 2001. Successivamente, le entrate si discosteranno gradualmente dal dato storico fino a restarne completamente svincolate; ciò avverrà a partire dal 2013, quando le regioni potranno contare su un ammontare di risorse commisurate alle funzioni che devono svolgere, calcolate tenuto conto della popolazione residente, della capacità fiscale, dei fabbisogni sanitari e della dimensione geografica.

In secondo luogo, il decreto sancisce la nascita di un *fondo perequativo nazionale* destinato alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale. Esso è alimentato dalle quote di compartecipazione all'Iva che le regioni *ricche* mettono a disposizione delle regioni *povere* a titolo di concorso alla solidarietà. Il fondo perequativo (stimabile in poco meno del 10% della spesa complessiva per il Ssn) consentirà alle regioni con minore capacità fiscale di ridurre (peraltro solo del 90%) le differenze fra il proprio gettito pro capite e quello medio delle regioni a statuto ordinario.

In terzo luogo, il decreto stabilisce che le entrate delle regioni a statuto ordinario non siano più soggette ad alcun vincolo di destinazione, ma servano complessivamente a finanziare la totalità delle funzioni trasferite. Più precisamente, il decreto legislativo 56/2000 prevede che i fondi destinati al Ssn (circa i tre quarti dei bilanci delle regioni a statuto ordinario) non siano più riservati alla sanità, ma possano essere destinati a qualsiasi settore di intervento. In altri termini, la sanità entra in competizione con gli altri settori di competenza regionale.

È una vera e propria rivoluzione, che - come tutte le rivoluzioni - segna un momento di rottura rispetto al passato. Ma quali le ragioni della svolta federalista?

A ben vedere, almeno tre importanti fattori hanno contribuito a tale rapida

inversione di tendenza: il rigore imposto dal risanamento della finanza pubblica (che ha reso necessario un adeguamento del prelievo fiscale alle dimensioni della spesa pubblica); l'apertura alla competizione internazionale (e la conseguente ricerca di soluzioni in grado di favorire la riduzione dei costi di produzione, in particolare della pressione contributiva e tributaria); il permanere dei divari fra nord e sud del paese (segno dell'inefficacia delle politiche nazionali a sostegno dello sviluppo del mezzogiorno e causa del perdurare di consistenti flussi di trasferimenti).

Il primo ordine di fattori, il risanamento della finanza pubblica, spiega la fermezza dimostrata dal governo centrale, in primo luogo dal Ministero del Tesoro, nel perseguire il federalismo fiscale. Senza la piena responsabilizzazione delle regioni sui disavanzi da esse generati, responsabilizzazione definitivamente introdotta con la finanziaria 2001, il Paese rischierebbe infatti un pericoloso indebolimento delle politiche virtuose che gli hanno consentito di entrare in Europa.

Il secondo ordine di fattori, le aspettative connesse a una riduzione della pressione fiscale, spiega la determinazione delle regioni, e in particolare di quelle economicamente più forti, nel rivendicare una minore interferenza dello Stato nell'economia. L'obiettivo è peraltro direttamente collegato alla *questione meridionale*, la cui mancata risoluzione continua a generare, a carico delle regioni del nord, oneri rilevanti in termini sia di maggiore pressione fiscale sia di freno alla conquista di posizioni di primo piano nel panorama dei paesi della Unione Europea. Di qui la richiesta di una politica redistributiva che si differenzi da quella tradizionalmente operata dal governo centrale, quanto sia a *dimensioni* (ne è riprova il fatto che le regioni hanno concordato fra loro l'entità del fondo di perequazione previsto dal federalismo fiscale) sia a *modalità di attuazione* (a favore di una solidarietà meno *paternalistica* e più *fraterna*, che pretende maggior impegno da parte dei beneficiari ed è al contempo più *visibile*).

A tali fattori ne andrebbe aggiunto un altro, legato alla crisi del sistema politico. Secondo Scottò *quanto più la classe politica è eterogenea e frazionata, tanto più numerosi e importanti sono i gruppi di essa che, per premunirsi contro even-*

tuali dissidi con la volontà dei gruppi rimanenti, aspirano al frazionamento territoriale del potere. Ciò spiegherebbe l'attuale situazione italiana, ove la richiesta di autonomia, lungi dal pervenire dalla cosiddetta società civile, proviene invece dai rappresentanti delle istituzioni locali: sindaci, assessori, presidenti di province e di regioni mossi dalla lotta per la conquista di un potere sempre più ampio (Fausto, 2000). La dimensione locale sarebbe quindi funzionale a garantire la sopravvivenza di posizioni destinate a scomparire in un sistema nazionale oltre che utile a favorire gruppi specifici di interesse (si veda in proposito la bibliografia riportata in Dirindin e Pagano 2001).

La domanda di federalismo sembra quindi nascere e crescere in un terreno in cui convergono una pluralità di interessi, tutti favorevoli allo spostamento del potere decisionale verso livelli di governo subcentrali; l'interesse dell'amministrazione centrale (responsabile, anche a nome delle regioni, del rispetto degli impegni assunti con il patto di stabilità), quello del mondo della produzione (desideroso di precostituire le condizioni per una riduzione della pressione fiscale), quello delle regioni del nord (interessate a sostituirsi allo Stato nelle politiche redistributive), quello della classe politica (ansiosa di trovare spazi di potere compatibili con la propria frammentazione), quello dei presidenti delle regioni (che vedono accrescere il proprio ruolo e possono così aspirare a diventare governatori).

A questo punto si innesta il tema dell'autonomia delle regioni nella definizione delle politiche sanitarie. Le regioni italiane sono, come è noto, molto diverse fra loro. Le diversità dei sistemi sanitari sono marcate, nella quantità e nella qualità dell'offerta; oltre a fattori storici-strutturali, differenze si osservano nel diverso mix pubblico-privato, nelle scelte rispetto ad un processo di integrazione o separazione degli ospedali, nella presenza o meno di una tradizione di programmazione e controllo a livello regionale o aziendale, nell'attivazione delle procedure di concertazione e contrattazione regionale, nelle modalità di finanziamento delle Aziende Usl e Ospedaliere, nei ritardi e nelle inadempienze nell'applicazione delle leggi nazionali, ecc.. Tali differenze sono verosimilmente destinate ad aumentare

(e forse sarebbero aumentate anche senza federalismo). Per il prossimo futuro, si può presumere che le politiche per la salute tenderanno sempre a più a differenziarsi, a seconda delle caratteristiche e delle peculiarità delle singole realtà regionali. Alcune regioni, quelle con a) un'offerta di prestazioni sanitarie forte e aggressiva (la capacità di pressione dell'industria della salute all'interno della regione condiziona le scelte delle amministrazioni regionali), b) un reddito medio pro capite elevato (ovvero una maggiore disponibilità a sostenere oneri per la sanità privata) e c) un orientamento politico - ideologico favorevole al libero mercato (o comunque contrario al settore pubblico), tenderanno progressivamente a incrementare il ruolo della sanità privata e le opportunità di crescita del mercato. Al contrario le regioni con minore forza di pressione dal lato dei produttori, con un orientamento a favore dell'intervento pubblico o con minore disponibilità a pagare da parte dei cittadini, si orienteranno verso il mantenimento (o il rafforzamento) del servizio sanitario nazionale.

È possibile quindi immaginare che alcune Regioni andranno a sperimentare, formalmente (attraverso esplicite modifiche normative) o di fatto (attraverso la graduale dequalificazione del settore pubblico), soluzioni anche in parte alternative al Ssn.

In altri termini, il mix di universalismo, globalità, accessibilità e qualità potrà tendere progressivamente a differenziarsi a livello regionale, puntando di volta in volta a sistemi di offerta che privilegiano l'universalismo (effettivo, e non solo dichiarato), oppure la globalità (ovvero la completezza delle aree di intervento), o ancora l'accessibilità (in termini economici, organizzativi, sociali e psicologici) o la qualità (compresa la tempestività degli interventi).

È quindi necessario che le Regioni si attrezzino per confrontarsi sistematicamente e per rendere riconoscibili le differenze sul piano della tutela della salute, in particolare di quella dei segmenti più deboli della popolazione.

Bibliografia

1. BOSCARO S., Tesi di diploma universitario per infermiere. *Indagine sulle conoscenze di basic life support tra gli infermieri di un ospedale del Veneto*, a.a. 2002/2003 relatore RICON L.A., correlatore MARINELLO P., Università degli Studi di Padova.

2. CALLAHAN D., *La medicina impossibile*, Baldini & Castoldi, Milano, 2000.
3. DIRINDIN N., *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità Pubblica*, n. 7/8, 2000, pagg. 1013-1029.
4. DIRINDIN N., *Una sfida possibile: il recupero di un sistema di valori per una assistenza sanitaria sostenibile*, in *Bioetica*, Zadig, n. 1, 2002, pag. 53-63.
5. DIRINDIN N., PAGANO E., (a cura di), *Governare il federalismo. Le sfide per la sanità*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2001.
6. OECD, *Health Care Reform in Light of Changing Funding, Incentives and Production Patterns*, Oecd, 1996, Working Papers, 18.
7. OECD, *Oecd Health Data 2002*, Paris 2002
8. Oms (1996), *Réforme des systèmes de santé en Europe. Analyses des stratégies actuelles*, Copenhagen, Oms, Bureau régional de l'Europe.
9. World Health Organization (1996), *Analysis of Current Strategies*, Who, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Ciro Alizieri*, DAI - Ufficio Infermieristico dell'Azienda Ospedaliera "S. Sebastiano" di Caserta

La professione: etica, deontologia e responsabilità

Prima di iniziare questa relazione vorrei ringraziare gli organizzatori di questa giornata e i rappresentanti dell'ANIARTI che da sempre, sono sensibili alle problematiche della professione. Il programma di oggi, di fatto, conferma questa tendenza perché da sempre gli infermieri sono alle prese con le difficoltà che nascono di fronte alla risoluzione delle principali questioni etiche; è di oggi infatti: l'accanimento terapeutico, il rapporto con i familiari, la fine della vita. Il discorso etico, però, non si esaurisce qui.

Si possono ancora trattare problemi come la fecondazione artificiale, l'aborto, la sperimentazione, il trapianto d'organo e negli ultimi tempi anche la clonazione.

Pertanto, affrontare una relazione dal titolo: *L'infermiere e l'etica* poteva significare solo due cose; o stare qui a parlare 2 giorni o altrimenti dare un taglio preciso alla stessa.

Naturalmente ritenendovi pronti a sostenere questa 2 giorni non stop, ho scelto la prima ipotesi.

A parte gli scherzi.

Ho ritenuto che dare una connotazione diversa a questo lavoro potesse avere comunque una sua utilità.

Veramente affrontare il tema dell'etica alla luce di quello che è cambiato o sta cambiando, e pensare agli orizzonti per la professione infermieristica e per i suoi protagonisti è una cosa, nello stesso tempo affascinante e molto complicata.

Che cosa è cambiato? sicuramente è cambiato il modo di fare la politica, il sistema economico, è cambiato lo stato, la società civile.

Si stanno modificando i bisogni, i comportamenti, le abitudini e si modificano le aspettative rispetto a tutto questo.

Oggi ci troviamo di fronte alla nuova realtà che è il federalismo e che si corre il rischio possa tradursi in una diversa tutela del diritto alla salute nelle diverse regioni.

Sta cambiando l'assistenza infermieristica: la Legge 42/99 ha significato un passaggio storico, ma nello stesso tempo anche un punto di non ritorno.

Questa legge ha abolito il mansionario, la professione ha definitivamente superato l'ausiliarità, non abbiamo più alibi.

È stato definito il campo di attività proprie dell'infermiere attraverso il profilo professionale, i curricula universitari, attraverso il codice deontologico che è considerato uno tra i più evoluti del mondo.

È stata promulgata la Legge 251/00 che è l'evoluzione della Legge 42/99, con la quale viene attribuita la diretta responsabilità e gestione dell'assistenza infermieristica agli infermieri, e siamo impegnati a rivedere l'organizzazione del lavoro attraverso l'applicazione di modelli di assistenza personalizzata.

È cambiata la sede e il percorso formativo e questo ci dà pari dignità rispetto a tutti gli altri professionisti sanitari. Siamo entrati in università senza perdere quanto raggiunto in precedenza: abbiamo l'equipollenza tra i vecchi titoli e i Diplomi Universitari e non solo, anche con le più recenti lauree di primo livello e possiamo anche contare sulla validità dei titoli ai fini del proseguimento degli studi e dell'accesso alle lauree specialistiche e ai master di 1° e 2° livello.

Le Leggi 42/99 e 251/00 dicono che l'infermiere è un professionista autonomo e quindi responsabile; e allora l'autonomia non può che essere strettamente connessa alla responsabilità, non ci può essere autonomia se non c'è una forte presa in carico di responsabilità e la responsabilità non può che essere connessa alla consapevolezza delle decisioni che prendiamo e quando noi infermieri decidiamo, quando scegliamo nell'agire quotidiano, lo facciamo unicamente sulla base della conoscenza e della competenza, sulla base della capacità di verifica e valutazione ogni volta sui rischi che le nostre decisioni comportano.

E allora io sono competente, sono in grado di capire dove le mie conoscenze riescono a supportare il mio modo di essere professionista, la mia capacità di presa in carico e quindi sono responsabile delle mie azioni, del mio modo di essere infermiere, cioè di quello che faccio, di quello che so, di quello che sono.

COMUNICAZIONE

pervenuto il 20/12/03
approvato il 25/02/04

* Relatore all'Incontro Tavola Rotonda *La Professione: etica, deontologia e responsabilità*
Titolo della relazione: *L'infermiere e l'etica*.
Sede: Aula Magna - Fondazione "G. Pascale" - Istituto Tumori Napoli 14 dicembre 2002

Di conseguenza, quando una professione, sulla base della conoscenza e della competenza acquisite, raggiunge livelli di autonomia come prevede l'attuale contesto professionale, la responsabilità non può essere disgiunta dall'etica professionale.

Oggi si discute molto sulla responsabilità etica, o per meglio dire *etica della responsabilità*. Essa coinvolge tutti i settori del vivere umano, racchiude un insieme di teorie che partono tutte da una premessa: il superamento della visione scientifica e tecnologica del mondo. La professione infermieristica se vuole essere significativa per il futuro non può prescindere dagli orientamenti dell'etica e dai principi dell'etica generale di beneficenza, autonomia e giustizia e affrontare responsabilmente i grandi interrogativi morali dell'era contemporanea.

Nell'ottica della responsabilità etica, il Codice Deontologico degli infermieri dà voce agli impegni etici, ai confini e ai limiti che la professione intende assicurare attraverso i principi etici universali e professionali.

Non è mia intenzione in questo momento invadere il lavoro del prossimo relatore che sicuramente avrà sviluppato in maniera più approfondita il pensiero sul Codice Deontologico, quello che mi limiterò a dire è che il codice non può essere considerato come un mansionario: un repertorio di comportamenti, un vademecum da consultare per sapere come comportarsi in una data situazione, ma una guida. Un documento per aiutare l'infermiere ad adottare comportamenti professionali (che possono essere diversi da quelli individuali) e permettere il dialogo e il pluralismo etico tra persone che occupano ruoli, funzioni e responsabilità diverse nel contesto sanitario e nel percorso salute - malattia del paziente. Figure tra le quali esiste parità di diritti, ma non di doveri e responsabilità.

Per essere un buon infermiere non basta conoscere le tecniche, che pure sono indispensabili, ma occorrono forti motivazioni etiche che si esprimono in comportamenti positivi in favore della persona che è ammalata, persona colta nella sua unicità e dignità. Alla base di questi comportamenti positivi deve esserci una specie di autoesortazione che il soggetto compie verso se stesso per motivarsi ed indursi ad agire in un determinato modo. È stato Aristotele il primo ad analizzare in modo dettagliato il significato di *compiere una azione*, sostenendo che: **un agire che ha rile-**

vanza etica non è mosso dall'esterno, ma dall'agente. Il concetto di azione in senso stretto esclude perciò che l'agente non sappia quello che fa o che sia costretto a farlo. A questo punto possiamo sostenere che nel pensiero etico l'azione è costituita da: - *Autoesortazione* che caratterizza la sensibilità del soggetto al problema e lo induce a porre in atto una riflessione etica preliminare all'agire; *Intenzione* di fare ciò che si ritiene giusto fare; - *Volontarietà* (nell'agire) e *Responsabilità* (morale, civile, penale) di ciò che si è fatto.

Spesso però questa fase di autoesortazione manca e sovente gli infermieri sono più portati ad agire in base alle esortazioni provenienti dall'esterno; il fatto che l'azione etica nasca da un movimento interiore non esclude ovviamente che l'operatore non debba confrontarsi con le esortazioni che altre persone fanno o tenere conto della situazione in cui l'azione si colloca. In pratica, per poter dire che una persona agisce in modo moralmente autonomo, deve verificarsi che quest'ultima si *presenta al confronto con gli altri e con la realtà* dopo averla compresa e dopo essersi fatto un'idea personale su cosa fare per modificarla positivamente.

Detto questo, al di là di ogni norma che abbiamo l'obbligo di rispettare, possiamo affermare che essere infermiere comporta una grande responsabilità etica nei confronti dell'utente e della società. Solo una seria preparazione e profonda consapevolezza della complessità e dell'importanza dell'assistenza infermieristica come servizio all'uomo, può favorire una pratica professionale sempre più umana e umanizzante.

I principi etici della professione fanno scaturire alcune norme generali che accompagnano tutto l'esercizio dell'attività infermieristica. Assume un significato di rilievo il fatto che la prima di queste norme venga riconosciuta nella formazione permanente e nella riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, finalizzate al miglioramento di quella competenza professionale sulle quali appunto l'infermiere fonda tutta la sua attività.

La competenza, e cioè la perfetta conoscenza della materia del proprio campo e delle leggi proprie di ciascuna disciplina, costituisce il primo indiscutibile obbligo morale. Questo vale specialmente nell'ambito sanitario dove l'errore dovuto all'incompetenza può diventare letale o, comunque, di grave danno per la vita e la salute delle perso-

ne. Si tratta di una formazione sempre aperta e mai conclusa, per cui il dovere etico della competenza impegna non solo nella fase della preparazione di base dell'infermiere, ma, dato il continuo e rapido accrescimento delle cognizioni scientifiche e delle problematiche sanitarie, anche in una continua formazione professionale permanente. D'altra parte, l'esercizio della professione sanitaria comporta oggi la necessità di dominare un ampio orizzonte di conoscenze che tendono ad essere sempre più specialistiche in ogni campo. Esse, tuttavia, devono integrarsi in una visione il più possibile globale della persona, affinché non si cada nel rischio di una formazione che persegua, *il sempre di più nel sempre di meno*, il che porterebbe ad una progressiva spersonalizzazione dell'assistenza all'ammalato.

Alla base della competenza vi è l'attività di ricerca promossa ed attivata nell'ambito infermieristico al fine di rendere aggiornate le conoscenze, sempre con l'obiettivo ultimo di beneficiare il paziente, migliorando l'assistenza.

Nessuna persona nasce già in possesso di quel bagaglio di conoscenze teoriche e pratiche che lo renderanno un individuo maturo e quindi responsabile, anzi la responsabilizzazione è il frutto di quel processo formativo in continuo svolgimento che accompagnerà tutta l'esistenza della persona. E se si dà all'educazione un senso corretto, cioè la si intende come un processo attraverso il quale un individuo con la guida e l'aiuto di esperti, procede verso quei valori che lo rendono libero e responsabile nel dare senso alla propria vita e alle proprie azioni, allora educare alla responsabilità diventa l'essenza stessa dell'educazione.

In realtà, il dovere di formazione e di costante aggiornamento permane in capo al professionista già in forza di puntuali previsioni dell'ordinamento giuridico. Importanti riferimenti sul dovere di aggiornamento professionale sono forniti dagli articoli del Codice Civile:

- 1218 obbligo di esatta esecuzione della prestazione;
- 1175 correttezza nell'adempimento;
- 1176 diligenza professionale nell'adempimento;
- 1375 buona fede nell'esecuzione del contratto.

Si suole citare, inoltre, l'articolo 2236 C.c., che riducendo la responsabilità civile del sanitario alla colpa grave limi-

ta però lo sconto ai *casi di speciale difficoltà*. È evidente che ove esistano nuovi metodi e nuove conoscenze, che riducono la *speciale difficoltà* all'*ordinaria pratica*, l'infermiere non può non conoscere tali evoluzioni e non può quindi invocare i propri personali limiti, dovuti a ignoranza delle novità e non più a difficoltà oggettive, per chiedere che non venga sanzionata la sua colpa.

Particolare evidenza merita, altresì, l'articolo 2 della Legge 833/78 (la prima riforma sanitaria) il quale considera la *formazione professionale permanente e l'aggiornamento scientifico e culturale del personale del Ssn* come importanti obiettivi da raggiungere. Tale filone di politica legislativa ha trovato ampio spazio anche in recentissime norme, come il Dlgs 3 febbraio 1993 n° 29, il quale all'articolo 7 (gestione delle risorse umane) dispone che *le amministrazioni pubbliche curano la formazione e l'aggiornamento del personale...*

È ancor più attuale il richiamo forte operato dal recente Dlgs 229/99 (cosiddetto decreto Bindi di riforma *ter*), che ha introdotto un articolo 16 bis nel testo del Dlgs 502/92 (cosiddetta riforma *bis*) del seguente preciso tenore: "...la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare... diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Ssn. Come si sarà notato tale ultima norma si rivolge non più selettivamente alle amministrazioni sanitarie, come aveva ad esempio fatto il citato Dlgs 29/93, ma anche agli stessi professionisti, i quali sono chiamati ad attivarsi in ogni modo per aggiornare le proprie competenze.

Tale auto-promozione, viene dalla stessa riforma incentivata nell'articolo 16 quater e considerata *requisito fondamentale per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto di qualsiasi struttura sanitaria sia pubblica che privata*.

Il mancato rispetto del dovere di aggiornamento professionale giustifica,

inoltre, la sottoposizione a procedimento disciplinare del sanitario renitente. Un simile rigore è motivato, oltre che da comprensibili esigenze di tutela della salute pubblica, dalla necessità di non affievolire il prestigio e il decoro della professione nella società.

A questo punto si può affermare che l'attività formativa non può configurarsi come semplice *corsificio*, con il solo scopo di trasmettere e diffondere nozioni e conoscenze, ma deve tendere a produrre mutamenti profondi nella cultura degli operatori in quel punto ideale, metaforico, di arrivo che è la costruzione della *learning organization*, l'organizzazione che apprende e che crea conoscenze.

Come dicevo già in apertura, oggi-giorno ci ritroviamo in un contesto fortemente sollecitato a cambiare da molteplici fattori che si possono sinteticamente identificare nella regionalizzazione, nell'aziendalizzazione, nella competizione, nei livelli uniformi di assistenza. Elementi che hanno rivoluzionato il mondo della salute e il mondo degli operatori della salute, i quali, a loro volta, stanno ricercando un nuovo modo di essere, per essere adeguati alle nuove richieste. Possiamo definire la dimensione della complessità in cui ci troviamo attraverso l'uso del termine *turbolenza*, parola oggi estremamente usata nel linguaggio dell'organizzazione. Tale definizione è diventata una costante della realtà organizzativa nei nostri servizi tanto da essere considerata la fedele accompagnatrice dei processi evolutivi, quasi una condizione necessaria per l'evoluzione.

Essa deriva dall'accumularsi dei numerosi e incalzanti problemi provenienti da un mondo che si sta trasformando repentinamente, più di quanto spesso riusciamo a oggettivare. Altre volte, però, può derivare non tanto da problemi in sé, quanto dal fatto che essi non vengono affrontati tempestivamente o non chiariti o ancora da **falsi problemi**. In altri casi è frutto, invece, di *semplificazioni terribili* o di vissuti derivanti dalla complessità o dalla novità o dalla inadeguata risposta alle nuove sollecitazioni ad affrontare le nuove sfide.

È bene ricordare che si deve distinguere la realtà oggettiva, *li fuori* che esiste indipendentemente da noi, dalla realtà soggettiva che è il risultato delle nostre opinioni, della nostra immagine che ci siamo costruiti sulla prima. Ne deriva che ogni realtà è filtrata dalla

nostra interpretazione, in apparenza l'unica possibile, ragionevole consentita. Sulla base di questa unica interpretazione riteniamo per lo più che sussista una sola soluzione in apparenza possibile, ragionevole consentita; e se questa soluzione non porta allo scopo è tipico che la si riprovi intensificandola si ma sempre nella stessa direzione e con il medesimo meccanismo, *più di prima*.

"Ora che avete sfondato il muro a testate, che cosa farete nella cella accanto". (S.J. Lec)

Se alla turbolenza rispondiamo con questo tipo di approccio, basato sul senso comune, semplice e logico, tipico della vita quotidiana, rischiamo di cadere in trappole qualunquistiche che portano ad affermare che nulla può cambiare. Indubbiamente i problemi che oggi dobbiamo affrontare sono di difficile gestione perché presentano caratteri di novità, complessi e ansiogeni, e per i quali non possiamo avvalerci di risposte tradizionali, già sperimentate e sicurizzanti. Per questo, la funzione infermieristica, quando il modo tradizionale di affrontare le cose non funziona più o quando si verificano cambiamenti che esigono nuove risposte, è obbligata ad orientarsi collettivamente verso l'elaborazione di risposte nuove a fronte di problemi nuovi attraverso:

- *la ricerca di soluzioni nuove e migliori;*
- *la motivazione ad apprendere e sperimentarne nuove;*
- *l'abbandono della logica individualistica del singolo per andare verso quella del gruppo.*

Le aziende stanno acquisendo una ottica imprenditoriale, il loro rapporto con i cittadini sta cambiando, la competitività avanza, per avere successo l'organizzazione deve realizzare il pieno soddisfacimento del suo cliente. Con l'evoluzione del *management* il concetto di cliente si è dilatato fino ad assumere l'accezione di *cliente interno* all'organizzazione. In questa seconda dimensione, gli operatori vengono considerati alla stregua dei clienti esterni, come soggetti portatori di bisogni e aspettative. Ogni attore dell'organizzazione deve preoccuparsi di soddisfare tali richieste, essendo la soddisfazione degli operatori condizione necessaria, anche se non sufficiente, per la soddisfazione del cliente esterno.

È innegabile la correlazione tra la qualità dei servizi sanitari e la qualità del personale: se ne deduce, sul piano

economico, che l'impegno di personale altamente qualificato, nonostante i costi relativi che può comportare, si traduce in economia per il raggiungimento di una maggiore efficacia nei servizi. Lo sviluppo di una cultura del cliente interno genera una nuova, enorme energia per migliorare il funzionamento dell'organizzazione. La modalità che sostiene tale cambiamento è basata sul pieno coinvolgimento dei soggetti interessati, motivandoli al raggiungimento dello scopo comune, attraverso la valorizzazione delle competenze e delle potenzialità per garantirsi, nel lungo periodo, prestazioni aperte all'innovazione e alla coerenza comportamentale. Il passaggio a una gestione organizzativa che pone al proprio centro il *cliente esterno*, attraverso l'attenzione al *cliente interno* e al suo utilizzo, richiede oltre a una conversione di tipo tecnico-professionale anche una conversione di mentalità lavorativa di tutti coloro che sono coinvolti direttamente nello svolgimento delle attività sanitarie.

Alla formazione è demandato il compito di promuovere e sostenere questa conversione che comporta il perfezionamento degli individui, risorsa umana all'interno del complesso organizzativo. Perfezionamento inteso anche come capacità dei soggetti in formazione di diventare attori in grado di guidare il proprio cambiamento nella pratica quotidiana, attraverso l'acquisizione, il rinnovo, il riadeguamento di cognizioni, abilità, comportamenti.

Formazione quale processo e strumento per aiutare gli operatori a tutti i livelli ad affrontare problemi, sia quelli riferiti all'utenza sia quelli riferiti al lavoro, e per incrementare la qualità dei risultati che ci aspettiamo e che l'utenza si aspetta dalla nostra azione.

Formazione, non solo aggiornamento. Cioè innesco e accompagnamento del processo di programmazione e attuazione del cambiamento in funzione di un miglior risultato atteso sull'utenza.

Formazione come esigenza prioritaria perché in grado, se attuata correttamente, di realizzare una continua salutare provocazione, abituando gli operatori non a *coprire*, ma ad individuare ed affrontare problemi, difficoltà, contraddizioni.

Formazione come fondamentale strumento di integrazione culturale e organizzativa degli individui in relazione agli obiettivi del sistema, come strumento che orienta gli operatori a incidere positivamente nell'organizzazione.

In un quadro di forte tensione ed interesse al rinnovamento delle strutture pubbliche, la questione formazione assume rilievo di vera e propria emergenza che impone con forza a tutti i responsabili dell'organizzazione degli uffici e della gestione del personale una attenta riflessione sugli sviluppi più immediati che essa dovrà assumere.

In conclusione, formazione intesa come pilastro su cui basare il momento di passaggio aziendale, la base per costruire l'orgoglio di appartenenza, il supporto alla realizzazione degli obiettivi strategici e alla diffusione della cultura organizzativa, lo strumento di orientamento dei comportamenti organizzativi e di valorizzazione delle professionalità, ma non solo, formazione intesa come obbligo morale oltre che professionale per riuscire a far convergere tutta la nostra attività verso l'obiettivo comune del mantenimento della dignità della persona.

Perciò tutta l'attenzione che si vuole al raggiungimento del numero di crediti

previsti dalla legge, ma maggiore consapevolezza che l'attività formativa resta comunque un comportamento etico ispirato a criteri e valori che devono essere rispettati da chi agisce.

Cosicché l'infermiere è nel giusto solo quando agisce e questo perché il concetto di agire racchiude in sé il significato di *autoprogettazione finalistica di un atto* e, in quanto progettata autonomamente, nell'azione è implicito il concetto di libertà e responsabilità di chi la compie.

Bibliografia

1. Codice di Procedura Civile.
2. Atti del Convegno Provinciale - Collegio IPASVI - Provincia di Parma "L'Infermiere e l'etica" - 12 novembre 1992.
3. Atti del XIII Congresso IPASVI - Roma 19,20,21 settembre 2002.
4. Atti del XX Congresso Nazionale Anianti - Rimini 15,16,17 novembre 2001.
5. Codice Deontologico degli Infermieri - Maggio 1999.
6. Atti del XVII Congresso Nazionale Anianti - Napoli 1998.



SCENARIO®
associazione nazionale infermieri di area critica

23° CONGRESSO NAZIONALE

JESOLO 3 - 4 - 5 Novembre 2004

◆

INFERMIERI DI AREA CRITICA

NELL'UNIONE EUROPEA

Analisi e comparazioni:

* *processi formativi* * *modalità assistenziali*

* *percorsi di carriera* * *riconoscimenti economici*



Critical Care Nursing Association

cura di Carlo Divio, Rianimazione Seriate
Maurizio Moroni, Philips Telemedicina, c/o Monitor Center - Milano

Oltre confine

Rapporto infermieri-pazienti in Area Critica



Commento di: Elio Drigo, Presidente Aniarti

Quanti infermieri per quanti malati nelle strutture intensive...? E, che tipo di infermieri per che tipo di malati? ...argomenti da sempre dibattuti, nei confronti dei quali sono state tentate molte strade per trovare risposte soddisfacenti. Numerosissime e diversificate da situazione a situazione sono le variabili da considerare. Non esiste perciò una formula univoca da prendere ed applicare.

In Italia, oltre ad alcune esperienze significative, recentemente ci si sta confrontando con il *Modello per l'analisi della complessità assistenziale* elaborato da un gruppo di infermieri del Friuli Venezia-Giulia coordinato da Annalisa Silvestro e quindi proposto per la sperimentazione anche dalla Federazione dei Collegi IPASVI.

L'Aniarti nel congresso nazionale del 2003, ha fatto la prima presentazione sistematica dell'applicazione del modello ad un caso clinico. Tutta la relativa documentazione si trova sul sito dell'associazione (www.aniarti.it).

Per contribuire alla riflessione sul tema, di seguito, viene presentata una dichiarazione ufficiale, una *position statement* dell'Associazione Inglese degli Infermieri di terapia intensiva (BACCN) sui principi da seguire ed i criteri raccomandati per la dotazione di personale infermieristico delle strutture intensive, in rapporto al numero e tipologia di malati da assistere.

A corollario, si riportano ampi stralci di un articolo di recente pubblicazione e reperibile sul sito dell'associazione inglese, (www.baccn.org.uk) è un buon compendio di informazioni, analisi della bibliografia specifica, osservazioni critiche ed elaborazioni. Ci consente di rilevare anche le origini delle differenze di approccio al problema esistenti nelle esperienze internazionali: anche questo è molto interessante per comprendere la complessità della materia ed il conseguente necessario impegno da porre se vogliamo affrontare l'argomento con correttezza e competenza.

Da Dove Viene

- Sito Internet: British Association of Critical Care Nurses (BACCN)
- Vol 6 N. 2 2001 NURSING IN CRITICAL CARE

Perchè lo traduciamo

In un sistema sanitario che è sempre più diretto verso efficienza/efficacia, dove il risparmio economico è da tenere in grande considerazione, e dove i pochi infermieri costano, vogliamo proporre questo articolo che mostra come gli infermieri di assistenza intensiva in Inghilterra, trovatisi di fronte alla stessa situazione (scarsità di risorse economiche e mancanza di personale specializzato), hanno preso una posizione forte e ben motivata per salvaguardare uno standard valido di assistenza. L'evidenza scientifica e la ricerca, sono mezzi indispensabili per sostenere l'unicità e la validità della figura dell'infermiere che ha l'esclusività sulla gestione dell'assistenza. Ovviamente, colpiti nell'orgoglio e, *raccolta la sfida*, gli infermieri inglesi hanno scatenato i loro organi e le loro risorse andando anche al di là del voler semplicemente dimostrare che occorre personale, ma dimostrando che questo personale deve essere qualificato (e qui non vogliamo entrare in nessuno specifico...). Inoltre, rivolgere la loro presa di posizione (Position Statement) sia ad uso dell'infermiere sia del cittadino (colui che fruisce del servizio e che ha diritto ad essere assistito con sicurezza e qualità), riteniamo che sia una strategia vincente. Il cittadino è ancora e sempre protagonista e si schiera al fianco di una professione che riconosce come responsabile della sua assistenza.

Nota: nella traduzione del testo che segue è stata utilizzata perlopiù l'espressione *assistenza intensiva* o *strutture intensive...* anziché *area critica*, per il fatto che nella tradizione inglese non esiste l'espressione *area critica*, che è invece un concetto elaborato dagli infermieri italiani dell'Aniarti nel 1987.

L'espressione italiana *area critica*, non indica semplicemente la traduzione di *critical care* o di *intensive care*, poiché comprende una idea più ampia di integrazione fra tutte le strutture/unità operative che si prendono cura del malato in situazione critica, qualunque sia la patologia e la causa che determina lo stato ed il rischio dell'assistito.

Sembra comunque, che l'espressione usata dagli infermieri italiani inizi ad essere utilizzata anche all'estero.

Traduzione

BACCN Position Statement (Presa di posizione)

Rapporto infermiere-paziente in Area Critica

Tracy Pilcher, Mandy Odell, Kate Bray, Sue Clarke, Jim Gardner, Ruth Orr, Helen Stirton

La British Association of Critical Care Nurses ha l'obiettivo di promuovere l'arte e la scienza dell'assistenza infermieristica intensiva, rappresentando i suoi membri, rispondendo a cambiamenti politici e professionali, producendo e pubblicando *position statement*. La *position statement* (presa di posizione), che segue nell'articolo, intende dimostrare l'impegno dell'organizzazione a contribuire al dibattito sulle regole, informando e cercando di influenzare la politica nazionale su argomenti che interessano l'assistenza infermieristica intensiva.

Sommario

- Il rapporto infermiere-paziente di uno a uno è sempre stato il "gold standard" per le terapie intensive, fin da quando è stato istituito nel 1967.
- La terapia intensiva è costosa e il costo del nursing richiede l'utilizzo di una percentuale rilevante del budget totale per la spesa sanitaria.
- Il personale di assistenza intensiva sta cercando supporto per validare la

qualità e la quantità delle risorse richieste per fornire uno standard di assistenza sicuro per il paziente.

- Lo scopo di questo documento è presentare la "position statement" sul rapporto infermiere-paziente in assistenza intensiva.

Parole Chiave: Area Critica, Rapporto infermiere-paziente, Evidenza Scientifica.

Background

La terapia intensiva si è notevolmente sviluppata a seguito di nuove scoperte scientifiche e tecnologiche. Facciamo una breve analisi storica: durante una epidemia di poliomielite in Danimarca nel 1950, ci si è trovati di fronte a pochi polmoni d'acciaio disponibili rispetto al bisogno di tanti pazienti. Per gestire questi pazienti si è ricorso ad una tecnica utilizzata in sala operatoria previo trasferimento in un ambiente specifico con monitoraggio continuo da parte di personale medico ed infermieristico; questo ha determinato una significativa riduzione della mortalità (Audit Commission 1999). Hind et al. (2000) hanno osservato che, a partire da quel momento, c'è stato un deciso passo avanti degli aspetti tecnologici dell'assistenza al paziente, portando allo sviluppo della capacità di supportare o temporaneamente rimpiazzare l'insufficienza della funzione vitale di uno o più organi, all'interno di unità specializzate. Queste innovazioni hanno determinato il bisogno di sviluppare una forza infermieristica specializzata, responsabile dell'assistenza e della gestione di pazienti in questi ambiti (Rapin, 1987; Hind et al., 2000). Il rapporto infermiere-paziente di uno a uno in terapia intensiva è sempre stato il *gold standard*, fin da quando è stato disposto dal British Medical Association Working Party (BMA, 1967). Successive pubblicazioni hanno continuato a sostenere questa posizione (Mackinnon et al., 1998; Intensive Care Society, 1997; Department of Health, 1996; Royal College of Anaesthetists, 1996). La terapia intensiva è costosa (Beattie e Caplin-Davies, 1999), e il costo degli infermieri richiede una fetta importante del budget totale per la spesa sanitaria (Metcalfe e McPherson, 1994). L'alto costo, combinato alla continua man-

ca di personale infermieristico specializzato, ha portato alla revisione della modalità di assistenza al paziente a livello nazionale (Audit Commission, 1999). I manager infermieristici di diverse organizzazioni assistenziali stanno cercando evidenza scientifica per giustificare e supportare il rapporto infermiere-paziente di uno a uno, e stanno cercando vie alternative per gestire la complessità derivante dai carichi di lavoro che il malato in assistenza intensiva richiede. (Hind et al., 2000; Pratt, 1999).

A molte organizzazioni di assistenza intensiva è stato chiesto di analizzare il rapporto infermiere-paziente, e il processo assistenziale, per trovare soluzioni alternative. Questo è stato recentemente preso in considerazione in un lavoro svolto dall'Audit Commission (1999), e un gruppo nazionale di esperti in assistenza intensiva (DoH, 2000). Entrambi i documenti hanno sottolineato il bisogno di un processo di lavoro più flessibile per venire incontro alla domanda di cure intensive presente e futura. In alcuni casi le frontiere dell'assistenza infermieristica intensiva si stanno espandendo, con soluzioni innovative e discutibili (Pratt, 1999). I membri della British Association of Critical Care Nurses (BACCN), stanno sempre più esternando le loro perplessità sulla pressione del lavorare con un rapporto infermiere-paziente inferiore rispetto a quello desiderato, e la susseguente incapacità di gestire le innumerevoli richieste assistenziali del malato in condizioni critiche. Il personale di assistenza intensiva sta cercando supporto per validare la qualità e la quantità delle risorse richieste per fornire uno standard sicuro di assistenza, e mantenere dei risultati accettabili per i pazienti e le loro famiglie. I membri del National Board del BACCN, una delle principali organizzazioni nazionali di infermieri di assistenza intensiva in Inghilterra, rappresentando più di 3000 infermieri, ritengono che è loro responsabilità fornire sostegno ai loro iscritti, attraverso la formulazione di questa *position statement*.

Revisione della Letteratura

È stata fatta una ricerca su una vasta gamma di database disponibili per facilitare l'evoluzione e lo sviluppo di questa presa di posizione. I database utiliz-

zati sono: Medline, CINAHL, Cochrane database, the Department of Health database, the ENB database e the National Research Register. La ricerca non ha rilevato alcuna evidenza empirica utilizzabile direttamente per determinare il più appropriato rapporto infermiere-paziente, in assistenza intensiva ed in terapia intensiva. La letteratura disponibile è stata quindi riesaminata criticamente per permettere lo sviluppo della presa di posizione ufficiale del BACCN.

Rapporto infermiere-paziente

Per cercare di capire la relazione che esiste tra assistenza in assistenza intensiva, e rapporto infermiere-paziente, possono essere utilizzati diversi studi di ricerca. Gestire e supportare lo svezzamento del paziente da una ventilazione meccanica, è uno dei ruoli fondamentali dell'infermiere di assistenza intensiva (Endacott, 1996). Thorens et al., 1995, hanno condotto delle indagini sull'impatto della riduzione del rapporto infermiere-paziente sul tempo impiegato per svezzare il paziente dalla ventilazione meccanica, in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva. Sebbene questo studio non abbia trattato direttamente il rapporto uno a uno tra infermiere-paziente, i suoi risultati rivelano che, quando questo non è stato rispettato (meno infermieri), c'è stato un considerevole aumento del tempo impiegato per lo svezzamento del paziente. Si è dimostrato anche che una riduzione del numero di infermieri, addetti all'assistenza diretta al paziente, porta ad un aumento dell'incidenza delle infezioni nosocomiali (Archibald et al., 1997), un aumento della riammissione del paziente, aumento delle complicanze, più errori nella somministrazione di farmaci, maggiori infezioni delle ferite chirurgiche, aumento dei problemi del paziente e delle morti. (Agency for Health Care Policy Research, 1999). Kovner e Gergen 1999, hanno dimostrato che i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, in ospedali con un basso numero di infermieri qualificati per paziente, hanno un più alto rischio di sviluppare complicanze evitabili come le infezioni del tratto urinario, polmoniti, trombosi e altre complicanze polmonari. Alcuni sostenitori di un ridotto rapporto infermiere-paziente in terapia

intensiva, hanno ribattuto che, l'utilizzo di sofisticati mezzi per il monitoraggio, autorizza questo tipo di riduzione. Gli allarmi del monitor possono essere visti come un rimpiazzamento piuttosto che sorveglianza aggiunta, utilizzata da un infermiere esperto. A questo proposito, da uno studio condotto in Australia, i ricercatori hanno rilevato che la maggioranza degli eventi di pericolo per il paziente (83%), sono stati identificati dal personale che controlla visivamente lo strumento di monitoraggio, il paziente o la cartella. L'allarme del monitor è stato rilevante solo per l'8% dei rapporti di evento critico (*Beckman et al.*, 1996). Allo stesso modo, in uno studio condotto in una terapia intensiva a Hong Kong, il 51% degli eventi è stato segnalato dall'osservazione diretta, contro il 27% del rilevamento del monitor (*Buckley et al.*, 1997). Questo ha portato i ricercatori a concludere che, nonostante il progresso tecnologico, non c'è ancora nessun valido sostituto del professionista esperto che fornisce assistenza diretta al paziente (*Buckley et al.*, 1997; *Mackinnon et al.*, 1998). Il bisogno dell'osservazione costante del paziente in situazione critica è stato sottolineato nel caso di Adomako (*Langslow*, 1996). Questo caso riguarda un paziente che si è deconnesso accidentalmente dal respiratore, mentre era sotto anestesia, per un intervento ad un occhio. Il susseguente dibattito, ha fornito una base di discussione sugli standard di sicurezza per la gestione del paziente anestetizzato, e si è condiviso che lasciare un paziente non sorvegliato durante un intervento è una grave mancanza da parte dell'anestesista (*Langslow*, 1996). Prendendo lo spunto da questo caso, si sono fatte delle considerazioni riguardo al livello di monitoraggio e di osservazione richiesto da un paziente intubato e ventilato meccanicamente (*Langslow*, 1996; *Mickinley*, 1997; *Mackinnon et al.*, 1998). In genere, per la sicurezza del paziente, è buona norma avere un infermiere per paziente in ogni turno: questo è il caso per le terapie intensive inglesi e australiane (*Mackinnon et al.*, 1998). Deviare da questo standard, potenzialmente potrebbe mettere il paziente a rischio di arresto respiratorio e cardiaco, come nel caso di estubazione accidentale o disconnessione del paziente dal ventilatore e portare a problemi di natura legale (*Mackinnon et al.*, 1998).

Le conseguenze di una disconnessione accidentale del paziente dal ventilatore sono state sottolineate nel caso *Von Stetina*, Stati Uniti (*Oddi e Huerta*, 1990). Questo paziente ha subito un grave danno cerebrale a seguito di disconnessione del respiratore durante il ricovero in terapia intensiva. Al momento dell'incidente, è stato rilevato un rapporto infermiere-paziente di 1:4, per un totale di 12 pazienti ricoverati. La riduzione del rapporto infermiere-paziente, si è verificata per il ricovero di 5 pazienti addizionali nel corso del turno. Durante questo turno *Von Stetina* si è disconnesso accidentalmente dal respiratore, riportando un danno cerebrale da ipossia. L'ospedale fu dichiarato colpevole per negligenza, e *Von Stetina* venne risarcito per il danno con un compenso di \$12,473,250. In questo caso non si è stabilita responsabilità per negligenza del personale infermieristico, in quanto gli infermieri sono stati in grado di provare che erano occupati nell'assistenza degli altri pazienti (*Mackinnon et al.*, 1998). Questo caso sottolinea il reale pericolo per i pazienti nelle circostanze di riduzione del rapporto infermiere-paziente e le possibili conseguenze di sanzioni penali che possono essere emesse quando il rapporto infermiere-paziente è compromesso.

Dependency scoring system

L'uso di un sistema (scoring system) per identificare il livello di dipendenza o di gravità della malattia, può essere uno strumento utile per analizzare quale potrebbe essere il rapporto ideale infermiere-paziente. L'uso di questi strumenti ha una serie di limitazioni ed è comunemente risaputo che questi non riflettono la totalità del carico di lavoro infermieristico in area critica (*Large et al.*, 1991; *Arthur*, 1994; *RCN*, 1995; *Campbell et al.*, 1995; *Dickie et al.*, 1998). Sebbene ci sia stato una notevole quantità di lavoro fatto in questo campo, la valutazione e lo sviluppo di appropriati metodi per la misurazione del carico di lavoro infermieristico è ancora nella sua fase iniziale, e svolto a livello di singole unità. In UK, il più recente metodo sviluppato è il System of Patient Related Activities (SOPRA), che sposta il focus dall'intervento all'attività correlata al paziente e alle loro famiglie (*Intensive*

Care National Audit and Research Centre, 1999). Il sistema è stato sviluppato attraverso il consenso dei professionisti e offre uno strumento più appropriato per misurare il carico di lavoro infermieristico, anche se deve essere ancora valutato attraverso studi empirici. Uno studio di *Garfield et al.*, 2000, che ha investigato l'uso del Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) 28 (*Miranda et al.*, 1998), all'interno di ambiente di sub-intensiva (high dependency), è di ulteriore interesse nell'analisi della ricerca sull'uso del *patient dependency scoring system*. L'obiettivo dello studio, condotto nell'ospedale di Norfolk e Norwich, è stato analizzare se il rapporto infermiere-paziente raccomandato in sub-intensiva (HDU), di un infermiere per due pazienti, era appropriato nel riflettere il carico di lavoro infermieristico. I dati dello studio, comprendenti età, sesso, tipo di ricovero, provenienza, APACHE II Score (*Knaus et al.*, 1985), categoria diagnostica, tempo di ricovero, e TISS 28 score (*Miranda et al.*, 1996), hanno analizzato un totale di 407 ricoveri per un periodo di 7 mesi. L'interpretazione dei dati ha portato gli investigatori alla conclusione che il rapporto infermiere-paziente di due infermieri per tre pazienti, rappresentava una soluzione più accurata in rapporto al carico di lavoro.

Confronto Europeo e Internazionale

Nel cercare di indirizzarci verso un appropriato rapporto infermiere-paziente in strutture intensive in Inghilterra, occorre fare un confronto con diverse realtà Europee e Americane. In questi paesi vi sono delle differenze riconosciute sul rapporto infermiere-pazienti, rispetto alla situazione in UK, e alcune di queste differenze rendono difficile l'interpretazione dei dati. Come osservato da *Endacott* 1996, è da lungo riconosciuto che il ruolo dell'infermiere in terapia intensiva in Inghilterra è diverso rispetto ad altri paesi. Queste differenze sono ulteriormente aumentate per i cambiamenti dei confini tradizionali del ruolo influenzato da sviluppi politici, sociali e professionali. Gli infermieri di terapia intensiva aggiungono frequentemente alle loro conoscenze di base ulteriori competenze, per facilitare un approccio più dinamico nell'affrontare i cambiamenti richiesti dal paziente in condizioni

critiche (Hind et al., 1999; Cox and McGrath, 1999; Goodfellow, 1997). Questa percezione di un ruolo più avanzato è stata supportata da una indagine del Royal College of Nurses (1997), che ha dimostrato che gli infermieri di assistenza intensiva hanno più responsabilità sia dal punto di vista gestionale che organizzativo del processo di assistenza del paziente.

Variabili del Case Mix

Nel cercare di identificare quale potrebbe essere l'appropriato rapporto infermiere-paziente, bisogna tenere in considerazione la gravità della malattia. L'evidenza suggerisce che i pazienti di terapia intensiva assistiti in Inghilterra sono in condizioni più critiche rispetto ai pazienti nel resto d'Europa, USA e Canada (Endbrooke et al., 1999; DoH, 1996; Bion, 1995). Un recente studio internazionale ha dimostrato che in Inghilterra non soltanto il paziente trattato nelle terapie intensive è più grave che nelle altre nazioni Europee, ma che l'UK aveva uno dei più bassi rapporti di letti di assistenza intensiva per popolazione ospedaliera, con un significativo ridotto numero di medici (Endbrooke et al., 1999). Tutti questi sono fattori che devono essere tenuti in considerazione per stabilire il più appropriato livello di personale in questi ambienti.

L'uso di personale di supporto

Il problema a livello nazionale di trovare e trattenere personale adeguatamente preparato in area critica, ha inevitabilmente portato a discutere sull'utilizzo del personale di supporto. The Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN) ha rilasciato un comunicato sull'uso inappropriato di personale in ambienti di assistenza intensiva, a seguito di diverse segnalazioni dove il personale di supporto è stato impiegato per fornire assistenza diretta al paziente (CACCN, 1999). I primi rapporti sull'uso del personale di supporto sembravano essere positivi, per la loro abilità di fornire una assistenza efficace dal punto di vista costo-benefici. Questi primi risultati sono stati poi messi in discussione dalla ricerca, che ha consistentemente dimostrato che solo l'assistenza fornita da infermieri può ridurre l'incidenza di mortalità, morbidità, ridurre la

durata del ricovero e ridurre le riammissioni (CACCN, 1999). A seguito della valutazione di questa evidenza, il CACCN (1999) ha raccomandato che il personale di supporto non deve essere utilizzato per fornire assistenza diretta al paziente. The Intensive Care Society (1997) ha suggerito che, sebbene il personale di supporto può essere impiegato nelle strutture intensive per assistere il personale infermieristico in compiti che non riguardano l'assistenza diretta, l'introduzione di queste figure non deve essere utilizzata per ridurre lo *skill-mix* ad un livello inappropriato per fornire assistenza al paziente. Inoltre, come osservato da Mackinnon et al., 1998, l'uso del personale di supporto in terapia intensiva può influenzare negativamente il carico di lavoro dell'infermiere, dovuto alla richiesta di supervisione necessaria. Hind et al., 2000 hanno intrapreso uno studio esplorativo sul ruolo potenziale del personale di supporto in terapia intensiva e le attitudini degli infermieri nei loro confronti. I dati sono stati raccolti da una grande varietà di personale comprendente infermieri, personale di supporto e anestesisti attraverso *focus groups* e interviste di qualità. Un tema comune che si è evidenziato attraverso questo studio, è stato il bisogno di formazione comune ed educazione continua di tutto lo staff, anche del personale di supporto, nel caso in cui si fosse introdotto questo ruolo. I risultati dello studio hanno suggerito che il ruolo del personale di supporto in terapia intensiva è condiviso dalla mag-

gior parte del personale infermieristico. È chiaro che lo sviluppo di questo ruolo potrebbe funzionare soltanto all'interno di parametri ben definiti, con programmi di formazione specifici per assicurare la sua funzionalità. La maggior parte delle attività di assistenza diretta al paziente rimarrebbero comunque di sola gestione del personale infermieristico (Hinds et al., 2000).

Conclusioni

Questa revisione della letteratura sul rapporto infermiere-paziente nelle strutture intensive, ha dimostrato che non c'è sufficiente letteratura scientifica per definire il più accurato rapporto infermiere-paziente. Il BACCN ha sottoposto questa letteratura ad una revisione critica per sviluppare una sensata presa di posizione (vedi figura 1), che può essere utilizzata sia da coloro che utilizzano che da coloro che forniscono servizi di assistenza in strutture intensive. Non si intende essere troppo prescrittivi, ma rinforzare le convinzioni ed i valori fondamentali del BACCN, che si concentra sui bisogni delle persone in situazione critica e le loro famiglie e il loro diritto di ricevere il più alto standard di assistenza possibile durante e dopo il ricovero in strutture intensive. Una ulteriore convinzione del BACCN è che l'infermiere nelle strutture intensive si trova in una posizione unica, non solo per fornire assistenza, ma anche per decidere direttamente quale è il livello migliore di personale necessario.

Figura 1

"Position Statement" sul rapporto infermiere-paziente in area critica

BACCN Position

- Ogni paziente deve essere assistito in un ambiente che si adatta al meglio ai bisogni individuali.
- In una unità di terapia intensiva, è diritto di ogni paziente essere assistiti da un infermiere.
- Ogni paziente in situazione critica deve poter avere a disposizione immediata un infermiere con qualifica specialistica (post-laurea) nel suo campo.
- Ci deve essere una congruenza tra i bisogni del paziente, l'abilità e la competenza dell'infermiere che lo assiste.
- Pazienti incoscienti, ventilati meccanicamente, devono essere assistiti con un rapporto infermiere-paziente di 1:1.
- Il rapporto infermiere-paziente in qualunque struttura dell'area critica non deve mai andare al disotto di un infermiere/due pazienti.
- Strumenti che rilevano la gravità, *dependency score*, e misurazioni del carico di lavoro infermieristico, non devono essere utilizzati da soli per determinare il rapporto infermiere-paziente.
- Devono essere utilizzate strategie flessibili, per assicurare che siano soddisfatti tutti i bisogni del paziente.

Reference

- Agency for Health Care Policy Research. (1999). *California Health Care: Sicker Patients, Fewer RNs, Fewer Staffed Beds*. San Francisco, California: Institute for Health & Socio-Economic Policy
- ARCHIBALD L.R., MANNING M.L., BELL L.M., BANERJEE S., JARVIS W.R., (1997). *Patient density, nurse-to-patient ratio and nosocomial infection risk in a paediatric cardiac intensive care unit*. Paediatric Infectious Disease Journal; 16: 1045-1048.
- ARTHUR T., (1994). *Determining nurses' staffing levels: a critical review of the literature*. Journal of Advanced Nursing; 19: 558-565.
- BEATTIE J., CAPLIN-DAVIES P., (1999). *Workforce dilemmas: a comparison of staffing in a generalist and specialist intensive care unit*. Intensive and Critical Care Nursing; 15: 52-57.
- BECKMAN U., BALDWIN I., HART G.K., RUNCIMAN W.B., (1996). *An Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care: AIMS-ICU. An analysis of the first year reporting*. Anaesthesia and Intensive Care; 24: 321-329.
- BENNETT D., BION J., (1999). *Organisation of intensive care*. British Medical Journal; 318: 1468-1470.
- BION J., (1995). *Rationing intensive care*. British Medical Journal; 310: 682-683.
- BLEGEN M.A., (1998). *A multisite study of nurse staffing and patient occurrences*. Nurse Economist; 16: 196-203.
- British Medical Association. (1967). *Report on the working party on intensive care* London: BMA Planning Unit.
- BUCKLEY T., SHORT T., ROWBOTTOM Y., OH T., (1997). *Critical incident reporting in the intensive care unit*. Anaesthesia; 52: 403-409.
- CAMPBELL T., TAYLOR S., CALLAGHAN S., SHULDHAM C., (1997). *Case mix as a predictor of nursing workload*. Journal of Nursing Management; 5: 237-240.
- Canadian Association of Critical Care Nurses. (1999). *Position Statement. The Use of Non Regulated Personnel in Critical Care* (available from www.caccn.ca).
- CAPLIN-DAVIES P., AKEHURST R., (1999). *Doctor-nurse substitution: the workforce equation*. Journal of Nursing Management; 7: 71-79.
- Department of Health. (1996). *Guidelines on Admission to and Discharge from Intensive and High Dependency Units*. London: The Stationery Office. Department of Health. (2000). *Comprehensive Critical Care, A Review of Adult Critical Care Services*. London: The Stationery Office.
- DICKIE H., VEDIO A., DUNDAS R., TREACHER D.F., LEACH R.M., (1998). *Relationship between TISS and ICU cost*. Intensive Care Medicine; 27: 1009-1017.
- EDBROOKE D., HIBBERT C., CORCORAN M., (1999). *Review for the NHS Executive of Adult Critical Care Services, An International Perspective*. Sheffield: Medical Economics and Research Centre.
- ENDACOTT R., (1996). *Staffing intensive care units: a consideration of the contemporary issues*. Intensive and Critical Care Nursing; 12: 193-199.
- GARFIELD M.J., JEFFREY R., RIDLEY S.A., (2000). *An assessment of staffing level required for a high dependency unit*. Anaesthesia; 55: 137-143
- GOODFELLOW L.M., (1997). *Physical assessment: a vital nursing tool in both developed and developing countries*. Critical Care Nursing Quarterly; 20: 6-8.
- HIND M., JACKSON D., ANDERSON C., FULBROOK P., GALVIN K., FROST S., (1999). *Exploring the expanded role of nurses in critical care*. Intensive and Critical Care Nursing; 15: 147-153.
- HIND M., JACKSON D., ANDERSON C., FULBROOK P., GALVIN K., FROST S., (2000). *Health care support workers in the critical care setting*. Nursing in Critical Care; 5:31-39.
- Intensive Care National Audit and Research Centre. (1999). *The ICNARC System of Patient Related Activities (SOPRA)*. London: ICNARC.
- Intensive Care Society. (1997). *Standards for Intensive Care Units*. London: Intensive Care Society. KNAUS W.A., DRAPER E.A., WAGNER D.P., ZIMMERMAN J.E., (1985). *APACHE II. A severity of disease classification system*. Critical Care Medicine; 13: 818-829.
- KOVNER C., GERGEN P.J., (1999). *Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospital*. Image, Journal of Nursing Scholarship; 30: 315-321.
- LANGSLOW A., (1996). *Vigilance in the OR*. Australian Nursing Journal; 4: 30-32.
- LARGE W.P., NATTRASS M., SIMPSON M., (1991). *Working towards dependency scoring in critical care*. Intensive Care Nurse; 7: 214-218.
- MACKINNON E., CLARKE T., ENGLAND K., BURR G., FOWLER S., FAIRSERVICE L., (1998). *Intensive Care Nursing Staffing Review*. Sydney, Australia: Central Sydney Area Health Service.
- MCCLOSKEY J.M., (1998). *Nurse staffing and patient Oltreconfine2004.docoutcomes*. Nursing Outlook; 46: 199-200.
- MCKINLEY S., (1997). *Critical Care Nursing*. In: Oh TE, (ed), *Intensive Care Manual*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- METCALFE A., MCPHERSON K. (1994). *Study of the Provision of Intensive Care in England, Revised Report for the Department of Health*. London: School of Hygiene and Tropical Medicine.
- MINNICK A.F., PABSK MK., (1998). *Improving the ability to detect the impact of labour on patient outcomes*. Journal of Nursing Administration; 28: 17-21.
- MIRANDA D.R., RIJK A. DE, SCHAUFELI W., (1996). *Simplified therapeutic intervention scoring system: the TISS-28 items. Results from a multicentre study*. Critical Care Medicine; 24: 64-73.
- MIRANDA D.R., MORENO R., IAPICHINO G., (1997). *Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS)*. Intensive Care Medicine; 23: 760-765.
- NORRIE P., (1997). *Nurses' time management in intensive care*. Nursing in Critical Care; 2: 121-125.
- ODDI L., HEURITA S., (1990). *Which patient gets the critical care bed?* Dimensions of Critical Care Nursing; 9: 288-295.
- PARIKH C., KARNARD D., (1999). *Quality, cost and outcome of intensive care in a public hospital in Bombay*. Critical Care Medicine; 27: 36A.
- PRATT P., (1999). *Associate Practitioners in the Critical Care Unit*. Nursing Times Learning Curve; 3: 4-5. RAPIN M., (1987). *The ethics of intensive care*. Intensive Care Medicine; 13: 300-303.
- ROGERS B., (1999). *Health hazards in nursing and health care: an overview*. American Journal of Infection Control; 35: 248-261.
- ROSEN H., (1990). *Anaesthesia*. In: Powers M., Harris N., (eds.), *Medical Negligence* Oxford: Butterworth Heinemann.
- Royal College of Nursing. (1995). *Dependency Scoring Systems: Guidelines for Nurses*. London: RCN Royal College of Nursing. (1997). *The Nature of Nursing Work in Intensive Care: Results of a telephone survey*. London: RCN.
- THOMPSON F.J., SINGER M., (1995). *High dependency units in the UK, variable size, variable character, few in number*. Postgraduate Medical Journal; 71: 217-221.
- THORENS J-B., KAELEN R.M., JOLLIET P., CHEVROLET J.C., (1995). *Influence of the quality of nursing on the duration of weaning from mechanical ventilation in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Critical Care Medicine; 23:1807-1815.
- WARDLE B., (1997). *Dependency scoring in critical care area: a direct nursing assessment method*. Intensive and Critical Care Nursing; 13: 282-288.

Diritto e oicεvoЯ

La titolarità dell'informazione al paziente nella nuova legge sulla privacy

Il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali* ha modificato, tra le altre cose, l'articolo riguardante la titolarità dell'informazione al paziente contenuto nelle precedenti normative sulla tutela della riservatezza dei dati personali.

In realtà la materia dell'informazione al paziente non è proprio concettualmente istituzionalmente inserita all'interno di una normativa sulla protezione dei dati personali, che comunemente viene chiamata sulla *privacy*. Vi è nei fatti una incursione della legge sulla *privacy* in un campo, che al momento è regolamentato per lo più dalla deontologia e da accordi internazionali come la c.d. *Convenzione di Oviedo* che è stata già parzialmente recepita nel nostro ordinamento con la legge 28 marzo 2001, n. 145.

Già originariamente la prima legge sulla *privacy*, la legge 31 dicembre 1996, n. 675 *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali* aveva all'art. 2,3 comma due, tentato di regolamentare la questione specificando che *I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare.*

L'informazione al paziente, dunque, come esclusivo compito del medico. La legge italiana andava al di là della stessa direttiva europea che aveva originato la normativa sulla riservatezza dei dati attribuendo l'informazione al medico o ad *altro operatore sanitario*. In Italia solo al medico.

Nel 1999 in virtù dell'approvazione di due decreti legislativi si è arrivati a delle modifiche, dapprima indicando nei codici deontologici la fonte dell'informazione per le altre categorie professionali *diverse da quella medica* e successivamente nello stesso anno – il

fatto deve essere sottolineato per tenere conto di una regolamentazione non stabile – demandando all'emanazione di decreti ministeriali l'individuazione dell'ambito informativo. I decreti ministeriali non sono mai stati emanati e comunque il testo unico sulla *privacy* è entrato in vigore dal primo gennaio 2004 abrogando le vecchie norme.

La nuova norma sull'informazione è contenuta all'art. 84 del D.Lgs 193/2003 che riportiamo integralmente.

Art. 84**Comunicazione di dati all'interessato**

1. I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma due, lettera a), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare. Il presente comma non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato.

2. Il titolare o il responsabile possono autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma due, lettera a). L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele rapportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati.

Il primo comma è da un punto di vista dell'interpretazione letterale del tutto incomprensibile. Si dovrebbe affermare che un infermiere può informare il paziente *solo per il tramite di un medico*. Vogliamo pensare solo che si tratti di una riproposizione dell'originario articolo

della legge 675/1996 sull'attribuzioni monopolistica ed esclusiva dell'informazione al paziente da parte del medico. Altre interpretazioni non portano da nessuna parte.

La novità invece è contenuta all'interno del secondo comma. Qui un infermiere può essere autorizzato a informare un paziente con una sorta di atto di incarico scritto che però deve contenere dei paletti informativi (*appropriate modalità e cautele rapportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati*).

Si è quindi passati, da parte della legge, da un monopolio informativo da parte del medico, alla possibilità che i codici deontologici (e quindi le stesse categorie) potessero indicare gli ambiti informativi delle professioni sanitarie diverse da quella medica, ai decreti ministeriali (e quindi allo Stato) il potere di individuare gli ambiti informativi alla professione medica e infine addirittura al singolo medico conferendogli il potere di autorizzazione all'informazione.

La normativa è decisamente confusa, difficilmente applicabile e approssimativa. Non distingue infatti gli ambiti informativi realmente medici – quale ad esempio potrebbe essere la prima comunicazione di una diagnosi – agli ambiti delle altre professioni sanitarie. Demanda il tutto a una autorizzazione che il singolo medico *responsabile* del trattamento dei dati personali o addirittura alla figura del *titolare del trattamento* (*status* che in genere è della direzione) il potere di individuare le attività informative.

La parola fine su questa storia che si trascina dal 1996 deve essere ancora messa e probabilmente – come l'esperienza ormai insegna – non è probabilmente la sede normativa quella più idonea a regolamentare una complessa materia come quella dell'informazione al paziente e meno che mai una legge come quella sulla protezione dei dati personali.

CONSIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 2002-2004

DRIGO ELIO - Presidente

Via del Pozzo 19 - 33100 UDINE - 0432/501461 - 3485927233
340/4045327
edriego@aniarti.it

SILVESTRO ANNALISA - VicePresidente

Via Piemonte 38/2 - 33010 TAVAGNACCO (UD) - 0432/545329
Fax 0432 480552
Azienda 4 "Medio Friuli" Servizio Infermieristico - 0432/553049

CECINATI GIANFRANCO - Tesoriere - Direttore Rivista

Via Morlacchi 5 - 50127 FIRENZE - 055/410598
DEA Careggi (FI) - 055/4277450
gcecinati@aniarti.it

BENETTON MARIA

Vicolo Monte Piana B/7 - 31100 TREVISO - 0422/435603
Corso di Laurea in Infermeristica Generale (TV) - 0422/328191/92

BIANCHI GIUSEPPE

Via Naldi 21 - 80055 PORTICI (NA)
Rianimazione Osp. "Loreto Mare" - 081 2542773
cell. 339/568771 - 340/4045124
bianchi@tin.it

CAPODIFERRO PIETRO

Via della Foscherara 2 - 40141 BOLOGNA - 051/6231492
Croce Rossa Italiana - Scuola per Infermieri Professionali
BOLOGNA - 051/342618 - cell. 340/4045167 - E-mail: pietroc@libero.it

di AMORE PAOLA

Via dei Sabatelli 62/2 - 50142 FIRENZE - cell. 347/1574080 - 340/4045377
damore@aniarti.it

MARSEGLIA MARCO

Via Larga 36 - 40138 BOLOGNA - 051/6013595
Rianimazione CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi" - 051/6363405-6363678-
6363058 - cell. 340/4045439
marseglia@aniarti.it

MOGGIA FABRIZIO

Area Formazione Osp. "S.Martino" IGEI - 010/5555284
cell. 347/2328492 - 340/4045259
fmoggia@tin.it

PINZARI ANNUNZIATA

Via Cuido di Montpellier 25 - 00166 ROMA - 06/6245921
cell. 339/5679371
Terapia Intensiva CCH Osp. "Bambin Gesù" - 06/68592028-68592457

CONSIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 2002-2004

ABRUZZO

CASTELLUCCI MARIA

Via Saragat 25 - 67051 AVEZZANO (AQ) - 0863/416148
Rianimazione Osp. Di Avezzano - 0863/499356

BASILICATA

SCHIAVONE CATERINA

Via Rabatana 25 - TRICARICO (MT) - 0835/723954 - cell. 333/5798945
Chirurgia Generale Osp. di Tricarico - 0835/524244

CALABRIA

STANGANELLO FRANCESCO

Via Torino, 14 int. 11 - 89015 PALMI (RC) - 0966/21548 - 0966/23320
cell. 368/3080699
C. Iperbarica - Rianimazione Osp. di Palmi - 0966/418206

CAMPANIA

BUFALINO GIOVANNI

Via Madonna delle 22 - 80134 NAPOLI - 081/5613165
Rianimazione CCH Osp. Monaldi - 081/7062720
gianmb2@hotmail.com

D'ACUNTO CONCETTA

Via Filomarino 139 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA) - 081/8045236
cell. 340/4110578
Pat. Neonatale Osp. "S. Paolo" - 081/2547848

DE CRESCENZO TONIA

Rianimazione Osp. "Caldarelli" - 081/7472928
tdcrescenzo@interfree.it

DI NUCCIO ANGELINA

Via delle Acacie 22 - 81042 CALVI RISORTA (CE) - 0823/652000
cell. 339/7553382
Blocco Operatorio Osp. "S. Rocco" di Sessa Aurunca - 0823/934225
angelinu@tin.it

FORTUNATO FILOMENA

Via tre piccioni 38 - 80072 POZZUOLI (NA) - 081/8043516
cell. 338/3433509
Rianimazione ASL NA 2 di Pozzuoli - 081 8552226

EMILIA ROMAGNA

BONAFINI ROBERTO

Via Roma, 12 - 44025 MASSA FISCAGLIA (FE)
Sala Operatoria Osp. Del Delta Ferrara - 0533/723148 Rep.
cell. 347/4275776
biglander91@libero.it

SEBASTIANI STEFANO

Via S. Marino 29 - 40057 LOVETO GRANAROLO (BO) - 051/6021456
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi
Ufficio di Staff Sviluppo Risorse Umane - Settore Formazione e Aggiornamento
051/6361449 - cell. 340/4045447
stefano.sebastiani@tin.it

SOLOMITA GRAZIELLA

Viale della Repubblica 48 - 40017 S GIOVANNI IN P. (BO) - 051/821657
CCH Osp. "S.Orsola-Malpighi" - 051/6364761 - cell. 340/4045399

FRIULI VENEZIA GIULIA

MARCHINO PAOLA

cell. 339/8172051 - 340/4045129
SERT Az. 1 Triestina - 040/3997324

PERESSONI LUCA

Via Mantova 100 - 33100 UDINE - 0432 541467 - cell. 3338/461153
Il Rianimazione Osp. "S.M.della Misericordia" (UDI) - 0432/552428
luti.luca@libero.it

SPANGARO SABBINA

Via Coratus 1 - 33032 BERTIOLO (UD) - cell. 338/1590578
UCIC Osp. "S.M.della Misericordia" (UD) - 0432/552459
sabbrinaspangaro@interfree.it

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA

Viale Giulio Cesare 237 - 00192 ROMA - 06/39726094
Rianimazione Policlinico "Gemelli" - 06/30154490

MEGLIORI RITA

Via P.E. Castagnola 2 - 00135 ROMA - 06/3381031
T.I. Pediatrica Policlinico "Gemelli" - 06/30155203

ROMIGI GAETANO

Corso di Laurea in Infermeristica Univ. Tor Vergata - ASL Roma C
Via L.E. Selano, 43 - 00174 ROMA - 06/5017651 - Fax 06/5021590
gromigi@iscalinet.it

LIGURIA

ARONNI WALTER

Casa di Cura "Villa Azzurra" - 0185/2131421 - Cell. 329/4947446
waronni@gvm-vaz.it

DE PAOLI GRAZIELLA

Strada Tasciare 59 - 18038 SANREMO (IM) - 0184/501642 - cell. 338/7681489

LOMBARDIA

BARAILO ROSELLA

Via Vanoni 18 - 23019 TRAONA (SO) - tel. 0342/653042
Rianimazione Osp. di Sondrio

DIVO CARLO

Via De Gasperi 2 - 24123 Bergamo - tel. 035/269521 - cell. 347/7805440
Rianimazione Seriate
carlodivo@iscalinet.it

ZERBINATI MARCO

Piazza Grandi 18/g - 20020 SOLARO (MI) - 02/9692219
Servizio Anestesia e Rianimazione Osp. di Garbagnate Att.se - 02/99513481

MARCHE

PAOLUCCI FABIO

Via E. Profili 48 - 60044 FABRIANO (AN) - cell. 338/5709362 - 347/8273751
Rianimazione Osp. Civile Fabriano - 0732/707312
rianimazione@asl6.marche.it

MOLISE

CALLEO MARIO

Via Comunale 104 - 81050 PRESENZANO (CE) - 0823/989583
Ist. Neuromed di Isernia - 0865/929209-929224 - Fax 0865/925351
mario.calleo@neuromed.it

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

PASTORINO DANIELA

Via San Sebastiano, 12 int. 2 - 15010 TERZO ALESSANDRIA
ASL 22 Rianimazione Aquil Terme - 0144/477348

MONTESANO ROSANNA

Via Cardona 15 - CASTELL'ALFERO (AT) - 0141/298287
Blocco Operatorio ASL 19 di Asti - 0141/392468
wsmont@tin.it

TROTTA ALFONSO

Via Bofo, 25 - 10154 TORINO
UTIC - Le Molinette - Tel. 011/283191 fax. 0116/335513

PUGLIA

D'ANGELA GIUSEPPE

Via Giancola, 13/A - FRANCAVILLA FONTANA (BR) - 0831/854037 -
cell. 338/9662536
C.O. 118 TARANTO - 099/4724037
geppod@libero.it

SARDEGNA

MANGONI PATRIZIA

Via Dessanay 137 - 08100 NUORO - 0784/203590
UTIC Osp. "S. Francesco" (NU) - 0784/240376 - 0784/36919
patriziamangoni@virgilio.it

ZANOLI LAILA

Via II° Strada 37 - 09012 FRUTTI D'ORO CAPOTERRA (CA) - 070/71726
Clinica Psichiatrica USL 8 - 070/485146

SICILIA

CHIARENZA ROSARIO

Rianimazione Osp. "V.L. Ferrarotto" (CT) - 095/7436251
cell. 338/8124831 - 336/206174
sarcchiarenza@katamail.com

TAORMINA MARIA

Centrale 118 Palermo - 091/6880862
e-mail: mariataormina@libero.it
cell. 347 7951768

TOSCANA

CULLURÀ CLAUDIO

Piazza della Pace 15 - 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR) - 055/9121612
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno - 055/9106613

MAFFUCCI PAOLA

Viale Redi, 25 - 50144 FIRENZE - 349 8757679

MARCONI ROBERTO

Via del Tirassegno, 48 - 58100 GROSSETO - 0564/496409 cell. 338/7030960
Centrale 118 Grosseto - Numero Verde 800550280
robbydoc@vahoo.it

MORIANI MASSIMO

Via Ville, 86/a - 52024 TERRANOVA BRACCIOLENI (AR)
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno - 055/9106613
morianimassimo@libero.it

TRENTINO ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVIO

Via Biasi 102/a - 38010 S. MICHELE ALTO ADIGE (TN) - 0461/650522
UCIC Osp. "S. Chiara" (TN) - 0461/903207

UMBRIA

MARINELLI NORA

P.le Giotto 42 - 06100 PERUGIA - cell. 3479069486
Rianimazione Osp. "Silvestrini" (PG) - 075 5782358
fab.family@libero.it

DOTTORI FRANCESCO

Via Eugubina 129/b - 06100 PERUGIA - 075/5735719 cell. 339/7691469
Rianimazione Osp. "Silvestrini" (PG) - 075/5782358
chicco11@quipo.it

VENETO

BELLAN SOFIA

Via Pegolini - ADRIA (RO) - 0426/42165 - cell. 333/6916167
Rianimazione Osp. di Rovigo - 0425/393445
bellansofia@libero.it

CRIVELLARI MARIA CINZIA

Rianimazione Osp. di Rovigo - 0425/394224 - 0425/393445

FAVERO WALTER

Rianimazione Giustiniana Osp. di Padova - 049/8213100 - 340/4031785

GONZALES IGLESIAS MARIA

Porto Fomaci 1 - 37019 PESCHIERA DEL GARDA (VR) - 045/7552603
cell. 3355282103
mariaadelmar@alcadia.net

REVISORI - TRIENNIO 2002-2004

CALLIARI OLIVIO

CULLURÀ CLAUDIO

FAVERO WALTER

TY-CARE™

**sistema di aspirazione chiuso
nuovo, semplice, sicuro**



tyco

Healthcare



Tyco Healthcare Italia S.p.A.
Via Rivoltana, 2/D
20090 Segrate (MI) ITALY
Tel: +39 02 703171
Fax: +39 02 70317317
www.tycohealthcare.it
info_italy@tycohealth.com

