

Il paradigma assistenziale infermieristico: significato, ridefinizione e impatto per una ricostruzione anche etica del ruolo degli infermieri nei luoghi di decisione, di fine vita e nei processi di assistenza



Relazione presentata
al XXVI Congresso Nazionale Aniarti
Rimini 24, 25, 26 Ottobre 2007

Riflettere sulle basi comuni

Con i cambiamenti verificatisi nella disciplina in questi ultimi anni, si rende necessario analizzare e discutere alcuni concetti che attengono al paradigma dell'infermieristica.

Molti, quando hanno frequentato la scuola infermieri, piuttosto che la laurea infermieristica o il diploma universitario, hanno appreso che la disciplina infermieristica esiste, ed esiste perché tutti gli infermieri nel mondo riconoscono in alcuni concetti costitutivi, gli elementi portanti della disciplina.

In Italia l'infermieristica è entrata a far parte del mondo accademico con le posizioni di ricercatore e di professore associato che costituiscono segni tangibili di esistenza della disciplina: un ulteriore elemento che rinforza la possibilità, per gli infermieri, di riconoscersi nella disciplina e di contribuire al suo sviluppo.

Tutti ricorderanno che uno dei primi paradigmi che segnò per lunghi anni - ed anche in modo critico - la nostra pratica quotidiana, fu quello che alcuni definirono il paradigma di *Virginia Henderson*. Ritengo che costituisca un paradigma critico perché molti infermieri, nella loro pratica quotidiana, continuano ancor oggi a riferirsi discutendo di bisogni di assistenza. Infatti, molti di noi, nati professionalmente intorno agli anni 80-90, sono stati formati all'interno di questa visione dell'in-

fermieristica che oggi non è ritenuta più attuale.

L'American Nursing Association (ANA), intorno al 1985, ha definito l'assistenza infermieristica in modo diverso da quanto faceva Virginia Henderson (che ragionava in Inghilterra 30 anni prima): ha affermato che il paradigma degli infermieri è *capire le risposte umane del paziente alla sua malattia, esprimere un giudizio di queste (diagnosi infermieristiche) e decidere i trattamenti infermieristici conseguenti*. Sono nate in questa epoca le diagnosi infermieristiche che hanno contribuito a completare il quadro complessivo del metodo clinico utilizzato dagli infermieri nella pratica clinica.

Tra queste due polarità, nel 1984, Fawcett affermava il suo punto di vista, riportando che i concetti che accomunano gli infermieri in tutto il mondo, indipendentemente dalla loro provenienza, sono quattro:

1. *il concetto di persona,*
2. *il concetto di attinenza malattia/salute,*
3. *il concetto di assistenza infermieristica che definisce il loro contributo degli infermieri rispetto ai pazienti,*
4. *il concetto di ambiente.*

Tuttavia, negli ultimi anni si sono definiti altri 2 paradigmi importanti:

1. *il paradigma della totalità,*
 2. *e il paradigma della simultaneità,*
- su cui Calamandrei ha sviluppato un interessante articolo sistematizzando la portata del contributo di questi due paradigmi nel contesto italiano: la loro prospettiva, infatti, potrebbe dividere la

professione infermieristica in coloro che sono più portati ad analizzare ed a dare una risposta ai problemi del paziente sulla base di un approccio EBN e coloro che, invece, sono più vicino ad un approccio narrativo, che amano le storie dei pazienti o che basano il loro contributo sull'approccio qualitativo.

Questi sono i paradigmi che hanno attraversato negli ultimi trent'anni la professione infermieristica e hanno formato generazioni di infermieri molto diversi; al loro contributo, si sono aggiunte anche le teoriche (Orem, Roger,...) che molti di noi hanno fatto difficoltà a comprendere e ad applicare. Si tratta, tuttavia, di prospettive che hanno perso progressivamente importanza poiché **a)** non sono state validate; **b)** non sono per loro natura validabili perché si tratta di teorie a grande raggio; **c)** non riescono a influenzare in modo tangibile la pratica tanto che molti corsi di laurea non prevedono più un loro approfondimento. Senza dubbio, hanno offerto un importante contributo anche se difficilmente comprensibili nella loro utilità sociale, professionale e clinica.

Qual è, allora, il problema che ci troviamo ad affrontare rispetto alla professione infermieristica? Ho provato ad ipotizzare tre quesiti di fondo:

1. *Esiste un paradigma infermieristico in Italia, oppure esiste un paradigma degli infermieri italiani?*
2. *Se esiste, quali sono le sfide che gli infermieri stanno affrontando nel declinare il paradigma infermieristico nell'esercizio professionale, nella pratica quotidiana, nelle diverse realtà operative?*
3. *Quale prospettiva potrebbe emergere nell'immediato futuro e che meglio esprime le caratteristiche proprie dell'infermieristica italiana?*

La peculiarità del contesto italiano

Nella nostra realtà sono presenti almeno 5 o 6 tipologie diverse di infermieri. Abbiamo infermieri affezionatissimi al paradigma tradizionale; infermieri che continuano a parlare nella loro pratica di bisogni; altri affezionati alle diagnosi infermieristiche, altri ancora molto legati alla tradizione tanto che quando si chiede loro di riflettere su cosa ne pensano del nursing, rispondono che è fatto da *persone, salute, ambiente e malattia*. Oppure, ci sono infermieri che sono

aperti alle nuove prospettive: ad esempio provano a scrivere i piani di assistenza oppure ad adottare il linguaggio omogeneo delle diagnosi infermieristiche; o ancora, a sviluppare e seguire nuove classificazioni. Inoltre, ci sono infermieri che sono molto legati ai vecchi paradigmi e che rifiutano la rilevanza degli sforzi formativi: quando arrivano gli studenti con le diagnosi infermieristiche oppure esprimono che il loro paradigma è quello della *totalità*, prendono distanze minimizzando la rilevanza dei nuovi contributi. Esistono anche gli infermieri *agnostici* che non credono a nulla, che non hanno paradigmi ed, infine, esistono anche coloro che vorrebbero sforzarsi di creare un paradigma che rappresenti davvero la cultura infermieristica italiana, cioè di cui siamo portatori (anche dal punto di vista storico). E allora ci si chiede:

1. *come facciamo a tenere insieme questi infermieri se hanno visioni diverse sulla/della pratica, sui/dei problemi dei pazienti di cui dovrebbero occuparsi?*
2. *Perché tanta diversificazione quando di fatto, come dice Kuhn, "se esiste una professione, una disciplina, vuol dire che tutti gli infermieri ne condividono i concetti di base?"*
3. *Dovremmo adattarci ad avere concetti di base diversi con il rischio di frammentarci, oppure dovremmo sforzarci di individuare un paradigma nostro che ci tenga, ancora pur nelle diversità, uniti?*

Le radici della diversità

La nostra diversità intrinseca è determinata da 4 fattori:

1. *abbiamo subito negli anni tendenze formative diverse: cambiamenti nelle scuole infermieri prima e nei diplomi universitari poi, che hanno generato approcci totalmente diversi rispetto all'assistenza infermieristica ed ai pazienti. A volte, nel nostro tipico modo di procedere (ad esempio per le diagnosi infermieristiche) abbiamo completamente negato il valore degli approcci precedenti. Per questo oggi sono presenti prospettive diverse sui pazienti e sul nostro contributo, proprio per effetto di queste tendenze, delle priorità che abbiamo assegnato nella formazione, nei modi di applicare e sperimentare tali contributi*

nella pratica che hanno influenzato in qualche modo il paradigma della professione infermieristica;

2. *il secondo motivo attiene alla natura del campo di attività italiano determinato dal codice deontologico, dal profilo e dall'ordinamento didattico. Esistono, nella pratica, campi professionali molto diversi. Il paradigma dell'infermiere della cronicità può essere funzionale alla gestione della cronicità, ma non è detto che sia valido, fattibile ed efficace in area critica;*
3. *determinante, dal mio punto di vista, è che in Italia abbiamo generazioni di infermieri non solo dal punto di vista formativo ma anche di età anagrafica molto diverse che hanno modi diversi di stare e di vivere la professione: abbiamo coloro che hanno approcci più tradizionalisti che appartengono al **baby boom** che hanno circa 50anni e che hanno una visione del tutto particolare del **carving**. Abbiamo infermieri nati prima degli anni 80 che hanno un approccio un po' diverso rispetto a quello della generazione **baby boom**. Ed infine abbiamo l'ultima generazione, quella nata dopo gli anni '80: proprio perché sono diversi dal punto di vista generazionale, abbiamo modalità di porci rispetto al **carving** totalmente diverse;*
4. *un altro problema che abbiamo (e che va affrontato con serietà), riguarda la tensione con la professione medica e con gli operatori di supporto. Dal punto di vista concettuale abbiamo iniziato a distinguere i confini del campo di attività: da una parte quello attinente all'assistenza e dall'altra, più consolidato, della diagnosi e terapia. Fra i due poli abbiamo un'area di sovrapposizione denominata area collaborativa e/o di interdipendenza. Tuttavia, non è sempre chiara la distinzione tra assistenza e assistenza infermieristica; come pure, non ci è sempre chiaro che cosa significa espansione della competenza infermieristica con i master e verso quale direzione procedere. Ogni volta che ci apriamo (ad esempio con i master) nelle competenze più prossime a quelle mediche, assistiamo ad una tensione di confine.*

Allora si afferma in più sedi: siamo diversi, siamo stati formati con paradigmi diversi, abbiamo un campo di attività comune ma disomogeneo. Tuttavia, la

forza di una professione è stare insieme; possiamo stare insieme solo se abbiamo un paradigma comune. Se invece iniziamo a differenziare il paradigma, rischiamo la frammentazione professionale e una diversa azione sul paziente.

Costruire un paradigma italiano

Supponiamo di metterci nell'ottica di costruire un modo nostro, italiano: quali sfide ci troveremo davanti?

- La prima sfida è senza dubbio rispetto al contesto (Servizio Sanitario Nazionale) in cui operiamo che è completamente diverso di quello degli altri paesi,*
- la seconda è una riflessione più profonda rispetto a che cosa è la disciplina infermieristica per gli infermieri italiani.*

Rispetto al contesto: dovremmo considerare molte questioni. Come facciamo, ad esempio, ad affermare nel paradigma infermieristico che gli infermieri sono focalizzati sul paziente e perseguono le migliori cure basandosi sui problemi di assistenza infermieristica diagnosticati, sui valori del paziente, sulle sue preferenze e quanto altro se progressivamente stiamo perdendo tale rapporto per eccesso o presenza di tecnologia nei reparti?

Già nel 1987 una autrice affermava che dovevamo ripensare il nostro modo di vedere l'assistenza pensata vicino ai pazienti, perché tra noi e il paziente iniziava ad inserirsi la tecnologia. Oggi si scrive che siamo nell'era post tecnologica: ci sono infermieri che fanno follow up al telefono, che controllano lo stato di salute attraverso dispositivi: la nostra possibilità di stare con i pazienti si è ridotta notevolmente perché si sono ridotte le risorse umane, sono aumentate quelle strumentali/tecnologiche mentre i pazienti sono sempre più complessi.

Questo discorso vale anche nella pratica di un formatore che sta poco con gli studenti e risponde loro attraverso le e-mail: come faccio ad agire un'azione formativa attraverso una tecnologia che sta tra me e gli studenti? Questo è un nodo che non riusciremo a risolvere e che anche gli altri paesi hanno e stanno affrontando ed è quello che si chiama **nursing virtuale:** l'infermiere è una presenza silenziosa e distante dal letto del malato, vigilante sulle condizioni clini-

che attraverso la tecnologia. La tecnologia sta cambiando il nostro modo di stare con i pazienti.

Siamo sempre stati abituati a gestire la pratica all'interno di strutture gerarchiche molto forti e in confini di ruoli ben definiti. Adesso è sufficiente scorrere i programmi e gli ordinamenti dei master clinici e in coordinamento, nella gestione dei pazienti anziani, dei pazienti oncologici e apprezziamo il passaggio da un approccio legato alla esecuzione di ordini ad uno focalizzato sulla gestione dei percorsi dei pazienti: gli infermieri partecipano alla gestione del percorso diagnostico-assistenziale del paziente. Penso che questo sia molto pericoloso per noi: se noi continuiamo a pensare che l'assistenza infermieristica sia la gestione di percorsi e organizzativa, perdiamo una grande opportunità che è quella di individuare e sviluppare la capacità di risolvere i problemi dei pazienti. Il nostro contributo sarebbe maggiore per efficacia, tangibilità e risultato se (come peraltro abbiamo sempre fatto), impariamo, manteniamo e potenziamo la nostra capacità di risolvere i problemi dei pazienti e non solo quelle attinenti alla gestione dei percorsi assistenziali.

Emerge poi la questione delle risorse: molti di noi sono nati professionalmente dopo la Legge 833/78 che prevedeva un sistema sanitario per tutti e per tutti i bisogni di salute. Oggi le colleghe della medicina dicono: *lo riesco a garantire l'assistenza infermieristica solo se chiedo ai care-giver o ai familiari di garantire alcune attività, perché con le risorse a disposizione siamo costretti a ridurre gli standard assistenziali.*

Quale è il paradigma che si regge sulla possibilità di garantire l'assistenza solo se i familiari garantiscono una porzione delle cure da erogare anche nei contesti in cui da sempre il contributo richiesto a loro è limitato come negli ospedali? Come facciamo ad aver un paradigma che è attento all'equità, quando in alcune case di riposo si è passati dalla razionalizzazione al razionamento e la risposta ricorrente è: *questa è la tua media di consumo/die di questa risorsa o presidio, all'interno di questa si deve rimanere?*

O ancora, quale paradigma avere come riferimento se lo sviluppo della competenza infermieristica avanzata (ad esempio in terapia intensiva) non sarà economicamente sostenibile perché sono più

flessibili le risorse generaliste? Un editoriale del *Journal of Advanced Nursing* di un anno fa, riportava la preoccupazione di una collega rispetto all'espansione delle competenze infermieristiche: presto ci troveremo ad interrogarci sulla sostenibilità economica del sistema sanitario nel retribuire tutte le posizioni infermieristiche avanzate. Se molti infermieri crescono nelle competenze, prima o poi bisognerà iniziare a decidere se si devono valorizzare pochi o molti infermieri. Certo che con le differenziazioni economiche nulle di oggi, il problema non si pone, ma visto che rischiamo sempre di arrivare in ritardo sulle questioni, è bene che questo sia posto già da oggi sapendo che probabilmente si tratta di un nodo che affronteremo tra 5-6 anni.

Ma ancora, all'interno della questione attinente alle competenze avanzate, come possiamo sostenere la cultura infermieristica, quando oggi esistono dipartimenti nei quali gli infermieri non hanno più identità, si trovano a lavorare contestualmente con molti colleghi diversi senza sviluppare un'appartenenza ma, soprattutto, con casistica assistenziale molto diversificata?

Ancora: come ripensare ad un nostro paradigma tutto italiano, quando lavoriamo sulla base di standard estranei al nostro modo di fare assistenza, totalmente decontestualizzati con un rischio elevato di trasformare i nostri processi assistenziali sulla base di quelli che più caratterizzano altri Paesi? Come possiamo sviluppare un paradigma se alcune aziende ci chiedono di essere innovativi e altre ci chiedono di essere assertive ai loro obiettivi aziendali che sono molto diversi da quello che noi perseguiremmo?

In conclusione: come potremmo pensare di costruire una matrice comune a tutti gli infermieri italiani, in un sistema che sta continuamente cambiando, che chiede continue revisioni, che ha portato agli infermieri (ma anche a molti medici) ad una grande sfiducia: anche le migliori intelligenze (penso ai coordinatori, ai responsabili dei dipartimenti, anche agli infermieri della clinica alle altre professioni) sono infatti affaticate dai continui cambiamenti richiesti.

Rispetto alla disciplina infermieristica: un primo quesito da affrontare nei prossimi 5-6 anni è quello se esiste un paradigma unico per tutti gli infermieri,

oppure è necessario iniziare a chiedersi se esiste un paradigma per la fase acuta e cronica della malattia. Inoltre, sarebbe importante riflettere su un altro aspetto di fondo che riguarda la centralità dell'utente: *come facciamo a dire che il nostro paradigma è la centralità dell'utente se di fatto nei reparti è difficile vedere un infermiere vicino al letto del paziente perché sono in pochi gli infermieri disponibili e perché al letto del paziente in verità ci sono altre professionalità?* Come possiamo dire che la nostra pratica è centrata sul paziente quando di notte sono presenti due infermieri per 41 pazienti? È evidente che se ricordiamo a questi infermieri che il loro paradigma è la centralità del paziente, saranno molto frustrati perché è impossibile, all'interno di un rapporto di 2 a 41, garantire un'assistenza centrata sui problemi/bisogni degli assistiti. Va segnalato che questo capita anche nelle terapie intensive: come è possibile pensare alla centralità del paziente se il rapporto è molto al di fuori di quello ottimale di 1 a 1?

Dovremmo avere il coraggio di dire che se le condizioni lavorative non cambiano, anche il paradigma dovrebbe essere in qualche forma ridefinito perché non è fattibile una pratica assistenziale centrata sul paziente. Come posso dire che l'infermieristica sviluppa l'*empowerment* dei pazienti o che è attenta all'educazione terapeutica se in alcune medicine si assistono 12 dimissioni e 12 ingressi/die? Come posso affermare che quegli infermieri riusciranno ad accrescere le competenze di autogestione del paziente, a fare in modo che diventi autonomo? Come posso affermare che i colleghi riusciranno a dedicarsi alla dimissione pianificata o all'educazione del paziente, se non cambiano le condizioni di lavoro?

Come possiamo dire che stiamo davvero espandendo l'infermieristica clinica attraverso i master se pochi master hanno un laboratorio di semeiotica, oppure se gli infermieri sono supervisionati da infermieri che non hanno verificato le loro conoscenze; oppure non allenano gli infermieri, come capita negli altri paesi, sulla fisiopatologia e sulle conoscenze di segni e sintomi per poter agire con modalità *avanzata* sul paziente?

All'interno di questa riflessione sulla disciplina infermieristica, emerge anche un'altra questione. Una frase detta da

Alba Di Censo a cui sono grata perché è una riflessione che non avevo mai fatto, attiene alla applicazione delle evidenze scientifiche. Quando il medico ha un nuovo contenuto *evidence based* su un farmaco somministra il nuovo farmaco. Gli infermieri sulla tricotomia hanno evidenziato la inutilità dal '99: le linee guida del CDC affermano che non si deve fare la tricotomia perché si espone il paziente ad un rischio superiore di infezione del sito chirurgico.

Nonostante ciò, gli infermieri continuano a fare la tricotomia perché il medico dice che bisogna farlo.

Allora, come possiamo dire che il nostro paradigma è basato sull'evidenza, quando ad ogni evidenza nuova, dobbiamo negoziarla con altre professioni e, nel caso in cui queste non siano d'accordo, non possiamo portare al letto del paziente il nuovo risultato della ricerca? Anche dal punto di vista etico, ciò significa che gli infermieri tricotomizzano un paziente sapendo che aumenterà il suo rischio di infezione rispetto al paziente a cui non verrà eseguita tale manovra.

Come possiamo avere un paradigma per una disciplina a *fisarmonica*, che di notte negli ospedali si fa carico di tante responsabilità mentre al mattino di altre? Come possiamo pensare ad un paradigma variabile in relazione alla presenza di altri operatori e non ai problemi del paziente?

O ancora, e su questo nodo va fatto un richiamo alla professione: come possiamo dire che abbiamo un paradigma che dovrebbe generare migliori risultati sui pazienti se a volte la nostra pratica a fronte di tante conoscenze che abbiamo sviluppato, è ancora molto tradizionale e basata sulle routine? Come possiamo dire che abbiamo un paradigma che dovrebbe aiutarci a raggiungere i migliori risultati sui pazienti se alcune cose nei reparti che dipendono totalmente dagli infermieri non sono affrontate e risolte?

Oppure, come facciamo a dire che abbiamo un paradigma dove l'infermieristica è terapeutica, cioè produce risultati sui pazienti, se siamo ancora focalizzati sulla responsabilità del compito? Oppure, che il nostro paradigma è ottenere migliori risultati sui pazienti se ancora ci misurano e ci misuriamo come performance, quante ore lavorate, quante assenze, quante le idoneità, quanti part-time e non su quello che siamo stati in grado di produrre in termi-

ni di risultati sui pazienti? Che siamo centrati sul paziente quando molto tempo degli infermieri viene speso nella compilazione di documentazione che toglie tempo assistenziale? A volte penso che siamo centrati sulla documentazione per l'eccessiva enfasi data da noi formatori 10 anni fa, quando sostenevamo che si doveva documentare, riportare il processo di nursing, pianificare. Per alcuni infermieri la priorità è la documentazione: magari riportando le stesse cose per tanti giorni senza implementare nuove soluzioni standardizzate.

Anche il processo di nursing andrebbe rivisto. Gli infermieri esperti sanno che il modo di pensare *clinico* di un infermiere è totalmente diverso dalle logiche del processo di nursing: Benner e Tanner affermavano molti anni fa che quando gli infermieri esperti individuano un problema di un paziente non seguono le tappe lineari del processo di nursing: l'infermiere esperto capisce qual è il problema che si sta sviluppando, sulla base di un indizio.

Andrebbe anche rivista la diversità tra assistenza ed assistenza infermieristica. Assistenza vuol dire accudimento, gestire i bisogni. Tutte le volte che gestisco i bisogni di un paziente senza prendere una decisione faccio *assistenza*. Tutte le volte che assisto un paziente assumendo decisioni faccio *assistenza infermieristica*.

Verso quale paradigma dovrebbe andare una professione come la nostra che si caratterizza per questi tratti e problematicità? È difficile dirlo: ritengo, tuttavia, che sia prioritario oggi ridefinire o definire un paradigma italiano di riferimento.

Guardare al futuro

Anche gli altri paesi stanno riflettendo molto su come ridefinire i loro concetti di base, i loro riferimenti, rispetto all'evoluzione della disciplina, del servizio sanitario, della professione. Dovremmo:

1. *riflettere di nuovo sui valori che ci aggregano e ci accomunano e che ci distinguono dal punto di vista professionale rispetto ad altri professionisti. È un passaggio importante che la Federazione Nazionale Collegi dovrebbe guidare ridefinendo – come peraltro sta facendo – anche il Codice Deontologico.*

2. Realizzare un altro sforzo importante: ragionare non più sulle competenze tecniche, sulle conoscenze scientifiche, sull'umiltà e sul coraggio perché penso che come professione negli ultimi anni, dal '94 ad oggi, abbiamo fatto uno sforzo importante sulle competenze tecniche e scientifiche; abbiamo dimostrato grande umiltà e grande coraggio. Per evitare disallineamenti tra le diverse componenti è ripensare al nostro paradigma con **saggezza**.

Per affrontare le sfide che la disciplina infermieristica, i pazienti e il servizio sanitario nazionale ci pongono, non sono sufficienti conoscenza, competenza tecnica, umiltà e coraggio, ma ci vuole una profonda **saggezza**. La saggezza non si insegna, non può essere inclusa nei curriculum formativi, ma si apprende dai maestri. Solo con **saggezza** riusciremo a rivedere l'assistenza infermieristica italiana e fare in modo che la nostra professione sia un privilegio e non solo un lavoro; sia una professione nobile anche nei luoghi di cura, e non, o non più come affermano in molti, una professione nobile per un lavoro terribile.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

NIV

NON INVASIVE VENTILATION

PERCHÉ, QUANDO, COME

Evento Formativo ECM 2350 – 8001891

Bologna 9 febbraio 2008

**Azienda Ospedaliero Universitaria Aula "Placitelli"
Policlinico S. Orsola – Malpighi**

Il corso si propone di offrire conoscenze pratiche e teoriche circa l'utilizzo della ventilazione non invasiva. Questa tipologia di supporto della respirazione offre peculiarità e vantaggi di trattamento sia nel paziente acuto che in quello cronico nel quale questa tipologia di ventilazione può talvolta sostituire o precedere una ventilazione più invasiva.

La ventilazione non invasiva offre spunti di interesse in quanto sempre più, oggi, questa nuova tecnica viene utilizzata e richiede maggiori conoscenze da parte del personale sanitario.

Il corso è indirizzato agli infermieri ed è pensato per corrispondere ad una doppia esigenza formativa: acquisire elementi di metodologia infermieristica teorica ed applicativa e, contestualmente, approfondire i contenuti relativi agli elementi tecnico-assistenziali correlati all'assistenza ai pazienti acuti che necessitano di supporto alla respirazione di tipo non invasivo.

Obiettivi specifici

- Fornire contenuti formativi relativi alla metodologia classica di sviluppo del piano assistenziale
- Incrementare gli ambiti di conoscenza dell'agire infermieristico correlato ai bisogni di respirare del paziente in condizioni di supporto ventilatorio di tipo non invasivo
- Migliorare il livello di competenza dei partecipanti nel passare dalla teoria alla pratica mediante la presentazione di casi clinici
- Incrementare i livelli di competenza operativa realizzando esercitazioni guidate con l'impiego di presidi e strumenti utilizzati nel supporto ventilatorio non invasivo

Docenti

Paola Paganelli,	Infermiera esperta in Area Critica, Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico S. Orsola – Malpighi, Bologna
Federica Piergentili,	Infermiera ricercatrice EBN, Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico S. Orsola – Malpighi, Bologna
Francesco Prete,	Infermiere esperto in Area Critica, Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico S. Orsola – Malpighi, Bologna

Per maggiori informazioni

Marco Marseglia, marseglia@aniarti.it Cell. 3404045439 Fax. 0516363058

Destinatari Infermieri ed infermieri coordinatori N. 30 posti disponibili

Iscrizioni on line al corso di formazione

Per le iscrizioni registrarsi on line sul sito **www.aniarti.it**

Per ulteriori informazioni: **www.aniarti.it**

Alessandro Condotta, Infermiere, Riabilitazione Neuromotoria, Ospedale Villa Salus, Mestre (Ve).
Maria Benetton, Infermiere tutor. Corso di Laurea in Infermieristica Università di Padova, sede di Treviso.

La collaborazione medico-infermiere, una ricerca bibliografica

Riassunto

Questa ricerca bibliografica analizza il tema della collaborazione medico-infermiere per meglio conoscerne le variabili che la costituiscono e per capire come essa sia vissuta ed incida nella realtà sanitaria contemporanea.

È stata evidenziata l'importanza che assume il rapporto tra figure professionali nella risposta ai bisogni di cura e assistenza al paziente e come la cooperazione può migliorarne positivamente i risultati.

Dalla ricerca svolta è emerso che la maggior parte degli studi analizzati è di provenienza anglosassone; la loro interpretazione può dare interessanti spunti di riflessione e sperimentazione, benché adattati e riletto rispetto i modelli culturali ed organizzativi italiani.

Parole chiave: Ricerca bibliografica, Collaborazione medico-infermiere, Cooperazione.

L'educazione multidisciplinare delle figure sanitarie professionali è un argomento sostenuto già dagli anni '60 come possibile metodo utilizzabile per promuovere un vero rapporto interdisciplinare¹.

Nel corso degli ultimi anni in Italia c'è stato un cambiamento del rapporto medico-infermiere. Si è passati da una organizzazione quasi esclusivamente gerarchica in cui la figura del medico veniva posta culturalmente al vertice della scala e orientava gli infermieri alle loro mansioni, ad una cooperazione più indipendente e responsabile dei ruoli professionali, a rispetto anche di ciò che è legalmente espresso nei rispettivi Codici Deontologici^{2,3}.

Nella rapida e continua evoluzione del sistema sanitario, la collaborazione tra figure professionali portatrici delle cure e la flessibilità che questi professionisti devono avere nell'affrontare qualsiasi aspetto assistenziale, giocano un ruolo molto importante.

In un clima in cui viene continuamente richiesto un incremento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi, con appropriatezza, economicità ed aspettative sui risultati di cura, un miglioramento della qualità assistenziale per far fronte a tutte queste necessità è un approccio multidisciplinare^{4,5,6}.

È perciò necessario che i professionisti della salute, quali medici ed infermieri, collaborino al fine di migliorare la risposta sanitaria.

Oltre al Codice Deontologico dell'Infer-

mieri, ulteriore normativa (Profilo Professionale dell'Infermiere, DPR n. 739/1994, Il Patto Infermiere-Cittadino, Legge n. 42/99, Legge n. 251/2000) riconosce che la professione infermieristica ha lo scopo di curare il paziente in cooperazione con altre figure professionali, e richiama quindi ad una maggior collaborazione^{3,7,8}.

Una mancanza di collaborazione può essere la causa di problemi sulla qualità, sicurezza, efficacia ed efficienza dell'assistenza e sulle cure erogate al paziente, nonché ragione di insoddisfazione professionale e demotivazione alla carriera infermieristica⁴.

Metodologia di ricerca

La ricerca bibliografica ha analizzato testi e riviste indicizzate trattanti argomenti nell'ordine di: collaborazione interprofessionale, lavoro d'équipe, empatia e comunicazione. Sono stati esaminati articoli di riviste italiane infermieristiche non indicizzate, quali: *Scenario*, *Professioni Infermieristiche*, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, *L'Infermiere*. È stata eseguita una indagine on-line su due banche dati internazionali: *Pub-Med* e *Cochrane Collaboration*. Le parole chiave utilizzate per poter risalire agli articoli di interesse sono state le seguenti:

- *Nurse physician collaboration*;
- *Intervention of nurse physician collaboration*;
- *Improve nurse doctor collaboration*;

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

pervenuto il 29/07/07
approvato il 29/12/07



- Nurse physician barriers of collaboration;
- Multidisciplinary team nurse physician collaboration;
- The Jefferson scale of attitude toward nurse physician collaboration.

Si sono ricercate pubblicazioni non più vecchie di cinque anni e che quindi possono ben supportare l'attualità del problema. Sono stati considerati comunque alcuni articoli orientati ad aspetti teorici o di psicologia comportamentale. Per questa tipologia di letteratura, il limite di tempo dalla pubblicazione è stato ampliato agli ultimi 10 anni.

Discussione

Il lavoro svolto ha evidenziato una scarsità di ricerche originali italiane sul tema in esame.

Le indagini nazionali esaminate si basano sui risultati di altri studi stranieri; esse adottano strategie già validate da precedenti analisi effettuate sul problema della collaborazione.

La scarsità di dati reperibili in Italia su questo argomento forse si collega al mantenersi di un modello organizzativo funzionale per compiti che porta ad una standardizzazione e rigidità di ruoli e di conseguenza fa sì che si tralascino tutti quei rapporti interprofessionali che richiedono impegno, ma si riflettono positivamente nel clima operativo, nella qualità dell'assistenza e delle relazioni professionali con i pazienti, i familiari ed i colleghi⁹.

Quesiti di ricerca

In cosa si configura la collaborazione medico-infermiere?

La collaborazione va in parallelo con la parola multidisciplinarietà. Essa infatti è la strategia migliore per gestire i problemi di salute complessi, lavorando assieme e comunemente, condividendo responsabilità nell'assistenza, nelle informazioni, nel coordinamento e in tutte le decisioni prese sulla cura del paziente⁴. C'è inoltre il bisogno di mettere in comune le responsabilità tra medico ed infermiere, associato ad una

voglia di cooperare sulle basi di un potere ed una autorità comune^{6,10}.

L'American Nurses Association definisce la collaborazione in questo modo: Una società vera, in cui i poteri delle parti possono essere valutati da ognuno con riconoscimento ed accettazione di attività e responsabilità pratiche, sia separate che combinate; una salvaguardia reciproca degli interessi legittimi di entrambe le parti; ed una concomitanza comune nel traguardo da raggiungere¹⁰.

Quali sono gli strumenti per misurare la collaborazione?

Secondo la revisione fatta da Dougherty e Larson sugli strumenti che con più efficacia possono indagare e quindi misurare la collaborazione medico-infermiere, ne sono emersi 5 di validi:

- *Scala Pratica Della Collaborazione*: indaga la partecipazione dello staff infermieristico al processo della presa delle decisioni di cura, misura la cooperazione tra figure professionali e la loro assertività. Questo è stato il primo strumento utilizzato a tale scopo, già nella prima metà degli anni '80¹¹.
- *Collaborazione e Soddisfazione sulle Decisioni di Cura*: valuta in più la soddisfazione lavorativa dell'équipe, la comunicazione e la condivisione del processo decisionale, nei reparti di terapia intensiva pediatrica.
- *Questionario Medico-Infermiere in Terapia Intensiva*: introduce elementi riguardanti la percezione e le prospettive di medici ed infermieri nelle interazioni di collaborazione, perciò valuta la coesione di gruppo e come vengono gestiti i conflitti; allarga l'indagine anche a studenti tirocinanti e tenta di comparare la valutazione della cooperazione anche ad altre unità operative oltre che le terapie intensive.
- *Questionario della Scelta Infermieristica*: indirizzato ai soli infermieri, riesce ad analizzare la loro percezione collaborativa con lo staff medico, le relazioni di gruppo e l'autonomia decisionale infermieristica.
- *Scala di Jefferson degli Atteggiamenti verso la Collaborazione Medico-Infermiere*: sembra essere la più completa ed esaustiva, in quanto oltre a contenere le indagini delle scale precedenti, valuta come possono influire gli atteggiamenti delle due figure pro-

fessionali nei confronti del concetto di collaborazione. Mette in luce gli aspetti quali autonomia infermieristica, autorità medica, responsabilità propria e comune. Un lato positivo è che l'indagine contiene le stesse domande sia per gli infermieri che per i medici¹⁰.

Quali interventi sono efficaci per aumentare la collaborazione?

Secondo uno studio fatto da Boyle e Kochinda, la collaborazione medico-infermiere può essere migliorata attraverso la comunicazione.¹²

L'efficacia degli interventi si traduce in modo positivo sulla qualità dell'assistenza e sulla soddisfazione sia del paziente e della sua famiglia, che del personale infermieristico e medico.

Sulla validità di questi risultati, interventi di utilità ed efficacia devono focalizzarsi su strategie che sviluppino l'équipe, costituendo intenzionalmente un gruppo di lavoro con obiettivo focale incentrato nel paziente.

Lindeke e Sieckert nell'articolo pubblicato sul *Online Journal of Issues in Nursing*, esprimono bene quali tattiche adottare per incrementare la collaborazione. È necessario negoziare rispettosamente tra figure professionali, togliendo i titoli ed usando i nomi propri per neutralizzare gli effetti deleteri di un gruppo ineguale, individuando i campi di lavoro autonomi ed in collaborazione. I conflitti che normalmente si instaurano devono essere gestiti con maturità, cogliendo da essi tutte le soluzioni espresse nelle diverse idee di ognuno. I comportamenti negativi e frustranti devono essere eliminati, si corre il rischio di influenzare negativamente tutto il gruppo di lavoro.

Un richiamo va fatto ad una maggior spinta propositiva degli infermieri nell'agire positivo e nel ricercare la collaborazione; anche se negli ultimi anni la professione infermieristica ha subito la sovrapposizione di altre culture professionali, essi devono credere nella loro identità e dimostrarla con forza, professionalità e competenza.

Sono inoltre necessari interventi di sviluppo personale per stabilire un comportamento *positivo* che incrementi le motivazioni in comune tra gli operatori.¹³

Nella revisione di Zwarenstein et al, si può notare che gli studi aziendali da lui compiuti sono stati fatti su équipe di

lavoro che precedentemente erano state sottoposte ad interventi per migliorare la collaborazione, nell'ordine di: formazione di gruppi di lavoro per sviluppare l'abilità comunicativa e collaborativa del personale; riorganizzazione del "giro visite" in gruppi più piccoli; coordinazione delle cure centralizzate sul paziente, coinvolgendo sia medici che infermieri in un lavoro comune⁶.

Un altro studio, questo compiuto da Dechairo *et al*, focalizza gli interventi per aumentare la collaborazione, su una promozione interdisciplinare del gruppo di lavoro. Medici ed infermieri agiscono con lo scopo di raggiungere risultati di qualità per il paziente, partecipando ad incontri di discussione sugli obiettivi di cura, adottando strategie per valorizzare il ruolo infermieristico nelle presa di decisioni e nella gestione dei conflitti, aderendo a lezioni giornaliere per imparare strategie di collaborazione¹⁴.

Nell'articolo di Vazirani *et al*, viene svolta una indagine la quale afferma che l'introduzione di infermieri tirocinanti nello staff medico durante le visite multidisciplinari, aumenta positivamente la comunicazione e la collaborazione tra le due figure professionali¹⁵.

Ciò a conferma dell'ipotesi proposta precedentemente in un altro studio svolto da Copnell *et al*⁶.

Anche la dirigenza ospedaliera deve essere supportata affinché assicuri un sistema organizzativo che non promuova conflitti tra gli addetti alle cure ma che invece cerchi di avvicinarli in una cooperazione comune¹⁷.

La collaborazione medico-infermiere, quali outcome comporta?

Interventi pianificati in modo corretto, una volta messi in pratica, migliorano la qualità dell'assistenza e della cura al paziente, aumentano l'adesione da parte dell'équipe alle linee guida di trattamento, innalzano la soddisfazione del personale sanitario nonché del paziente e dei suoi familiari, riducono i tempi di degenza ospedaliera e diminuiscono i costi sanitari^{4, 6, 15, 18, 19, 20, 21, 22}. Inoltre lavorando in un gruppo in cui si prendono in considerazione tutte le idee espresse dall'operatore, la presa delle decisioni risulterà migliore perché basata su più complete informazioni¹⁸.

Nella revisione fatta da Zwarenstein *et al*, in due aziende ospedaliere differenti sono messi a confronto le visite mediche

tradizionali in reparto, con quelle in cui infermieri e medici prendono decisioni comunemente. In entrambe le strutture, dopo sei mesi di analisi, è risultato che rispetto alle tradizionali misure di assistenza, quelle *sperimentali* danno risultati concreti e misurati in:

- diminuzione della degenza media dei pazienti;
- diminuzione della spesa ospedaliera;
- diminuzione della mortalità;
- maggiore soddisfazione dello staff;
- più forte percezione del lavoro di gruppo;
- buona comunicazione tra medici ed infermieri⁸.

Una analisi seguente svolta da Cowan *et al*, dimostra che la diminuzione della degenza media non è collegata alla mortalità o alla riammissione dei pazienti, in quanto effettuando una misura successiva di qualche mese dalla loro dimissione, questi indici restano invariati²⁰.

L'articolo speciale di Baggs *et al*, introduce la scala di Collaborazione e Soddisfazione sulle Decisioni di Cura, anche in reparti non pediatrici, e valuta l'associazione della collaborazione tra medici ed infermieri in rapporto alla riduzione dei risultati negativi dell'assistenza. Trova che in un ospedale in cui la cooperazione è forte e valida, il rischio di cura con esito non positivo sia di molto inferiore rispetto agli altri reparti in cui la cooperazione è scarsa o assente. Perciò conclude che più alto è il livello di collaborazione di reparto, più i risultati sui pazienti sono positivi^{18, 10}.

Quali barriere della comunicazione possono ostacolare il rapporto di collaborazione tra medici ed infermieri?

La collaborazione è modificata sia in positivo che in negativo dai modelli organizzativi presenti nel sistema sanitario. Dall'articolo di Matarese *et al*, viene

Un progetto tutto italiano¹⁹

Un progetto sperimentale italiano attuato per far meglio collaborare medici ed infermieri in un ambito di oncologia pediatrica è stato così articolato:

Obiettivi

- ridurre il disagio personale degli operatori per scarsa condivisione delle informazioni;
- programmare le attività clinico-assistenziali per i pazienti;
- definire piani di intervento flessibili;
- migliorare gli standard assistenziali.

Interventi

- costituzione di una équipe di coordinamento e presentazione del progetto a tutto il personale;
- somministrazione di un questionario (in cui si evidenzia la scarsa collaborazione e il gruppo di ricerca concorda per incrementare il lavoro d'équipe);
- istituzione di incontri extralavorativi bimestrali, localizzati sempre nello stesso posto, alla stessa ora e della stessa durata di tempo, tra tutti gli operatori, per la discussione dei casi clinici;
- confronto paritario tra figure professionali, in cui ogni informazione sul paziente è tenuta in considerazione.

Risultati

- miglior passaggio delle informazioni e conseguente riduzione del disagio del personale soprattutto infermieristico;
- conoscenze aggiornate di ogni caso clinico, con conseguente aumento della qualità dell'assistenza verso il paziente e suoi familiari;
- maggior soddisfazione del gruppo di lavoro;
- nessun riconoscimento ufficiale degli incontri extralavorativi e del tempo dedicati.

dimostrato che in un modello funzionale, ovvero per compiti, la cooperazione è limitata perché la trasmissione delle informazioni è frammentaria ed incompleta, la comunicazione tra il personale è ridotta al minimo, il paziente non è seguito con continuità e globalità, l'assistenza è più deresponsabilizzata, inoltre non ci sono attività che permettano l'apprendimento del lavoro d'équipe per gli studenti tirocinanti⁹.

Radcliffe e Salvage, nei loro editoriali, hanno osservato che in ambienti in cui è presente un modello di forma gerarchica, in cui l'autorità del medico risulta ancora presente, la collaborazione è limitata. Questo per il fatto che infermieri e medici, nonostante abbiano come obiettivo comune la centralità del paziente, continuano a mantenere un rapporto distaccato. Per di più il malato continua ad avere soggezione dell'autorità del medico, seguitando a vedere l'infermiere come un sottoposto di quest'ultimo⁵.

I conflitti tra le due figure professionali si trovano laddove la natura dei loro domini viene a sovrapporsi, assumendo una non più chiara definizione dei ruoli¹⁴.

I fattori culturali, perciò contribuiscono significativamente sugli atteggiamenti di collaborazione.

Secondo due studi di analisi fatti da Hojat *et al.* con la scala di Jefferson, risulta che in Paesi in cui vige prevalentemente un modello organizzativo gerarchico, funzionale ed obsoleto, l'interesse a collaborare tra medici ed infermieri è inferiore rispetto ai Paesi in cui sia presente un modello organizzativo più sviluppato. In più si aggiungono anche fattori legati al ruolo dei sessi nella società, al livello di educazione, allo stato sociale, alla giurisdizione legale, al linguaggio o stile di comunicazione, all'élite professionale, agli stereotipi ed all'ambiguità di ruolo^{1,23}.

Una ulteriore barriera è la mancanza di modelli di ruolo nel momento formativo, cioè quando dovrebbe nascere la collaborazione interprofessionale; lo scambio culturale tra facoltà universitarie mediche ed infermieristiche risulta infatti scarsa o assente e questo non facilita né l'acquisizione di uno stile orientato all'integrazione, né favorisce la futura collaborazione tra i professionisti che si stanno creando¹.

Ancora Hojat *et al.*, propone e successivamente valida, una scala degli atteggiamenti al fine di indagare, negli stu-

denti di medicina ed infermieristica al 1° anno, le differenze di approccio e di pensiero su argomenti quali: responsabilità, aspettative, insegnamenti comuni, presa di decisioni, autorità ed autonomia. Da questo studio si riscontra un interesse più marcato da parte degli infermieri rispetto ai medici, sull'importanza di tale strumento, nella validità che esso ha a promuovere la collaborazione interprofessionale²⁴.

Punti di debolezza della ricerca

Al di là delle revisioni sistematiche i rimanenti articoli riportano prevalentemente ricerche osservative di comportamenti. Tutti sono diversi e comparabili solo parzialmente in quanto presentano importanti variabili rispetto sia a fattori culturali che organizzativi legati alle aree geografiche in cui sono stati elaborati.

Manca perciò una compatibilità culturale per poter mettere con sicurezza sullo stesso piano i risultati ottenuti, e ciò spiega anche la difficoltà ad estendere queste analisi alla realtà italiana, la quale ha un'impostazione organizzativa sanitaria diversa da quella anglosassone. C'è scarsità di letteratura che dimostra con certezza che la collaborazione abbia una ricaduta sulla diminuzione sia della degenza media che della spesa sanitaria. Infatti sono solo due le analisi, con supporto di una terza successiva, ad offrire dati oggettivi validi e degni di attenzione, ma questo non basta per affermare in modo assoluto che interventi di collaborazione medico-infermiere abbassino il tempo di ricovero e riducano i costi delle cure. Inoltre la diminuzione della degenza media viene confermata solo in una revisione della letteratura, in cui viene indagato se tale variabile sia dipendente da successive riammissioni dei pazienti od addirittura dall'innalzamento della mortalità media durante il periodo del ricovero ospedaliero.

Per di più queste indagini sono state limitate ad ambienti ospedalieri accademici, purtroppo senza aprire il target anche ad altri nosocomi.

Si è visto che non sempre tali ricerche sono svolte nella stessa area clinica, perciò i modelli organizzativi di gestione dai vari reparti, con il loro diverso contesto di cure, tipo di risorse ed approccio assistenziale, hanno influenzato la tipologia di collaborazione, con

ripercussione sui risultati ottenuti.

Per concludere, inoltre, l'osservazione dei risultati di tutti gli interventi sulla cooperazione tra figure professionali è limitata alla sola fase iniziale, manca una successiva ri-valutazione di come questi risultati si ripercuotano sulla realtà a lungo termine.

Potenziali applicazioni

Dalla revisione della letteratura si deduce che tutti gli studi sono orientati a proporre la collaborazione come miglioramento dell'assistenza, benché non ci sia una reale dimostrazione oggettiva che la collaborazione medico-infermiere aumenti la qualità della degenza e gli outcome.

Considerando che la letteratura esaminata è di prevalenza anglosassone, emerge la necessità di analizzarla e rivederla alla luce della situazione organizzativa e professionale italiana, per indirizzare utilmente la prassi sanitaria del nostro Paese ad intraprendere validi ed efficaci rapporti multiprofessionali.

Lo stile collaborativo dovrebbe per di più essere una costante fin dalla formazione universitaria, con interazione ed integrazione ove possibile tra i corsi universitari e anche tra gli stessi studenti infermieri e medici.

Vista la raccomandazione fatta agli studenti perché sviluppino una socializzazione ed abbiano un modello di ruolo, c'è quindi il bisogno di incrementare, durante la formazione, la consapevolezza sulla complementarietà dei ruoli infermieristici e medici per incoraggiarne la stabilità e l'interdipendenza reciproca¹.

Richiamando ciò che Hojat propone nello studio di valutazione degli atteggiamenti che gli studenti in infermieristica e medicina hanno sulla percezione della collaborazione, i risultati ottenuti vanno a supportare la validità della scala utilizzata e la sua possibile applicazione. Può essere quindi somministrata per valutare l'efficacia dei programmi svolti per incoraggiare la collaborazione medico-infermiere e per studiare le differenze di atteggiamenti che gli individui manifestano nella cooperazione interprofessionale²⁴.

Report di ricerca				
Banca Dati	Ricerca	Parole Chiave	Esito Ricerca	Documenti Selezionati
Pub Med	Revisioni sistematiche Articolo	Nurse physician collaboration	189 articoli 26 revisioni	<p><i>The effect of a multidisciplinary hospitalist / physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs.</i> Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, et al. J. Nurs. Adm. 2006 Feb.; 36 (2):79-85. Abstract. February 2006</p> <p><i>Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward.</i> Puntillo KA, McAdam JL. Crit. Care Med. 2006 Nov; 34 (11 suppl.): S332-40. Abstract. November 2006</p> <p><i>How to work in group: doctors-nurses collaboration</i> Brolis R, Postal N, Povoli R Ass Inf Ric 2006; 25: 84-7. Abstract. February 2006</p> <p><i>Nurse - physician collaboration: a determinant of the quality of care?</i> Perrier A., Rev. Med. Suisse 2005 Nov 23; 1 (42): 2742-5. Abstract. November 2005</p> <p><i>Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses.</i> Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. Am. J. Crit. Care. 2005 Jan; 14 (1): 71-7. Abstract. January 2005</p> <p><i>A review of instruments measuring nurse - physician collaboration.</i> Dougherty MB, Larson E. J. Nurs. Adm. 2005 May; 35 (5): 244-53. Abstract. May 2005</p> <p><i>Doctors-nurses integration in paediatric onco-hematology: a cornerstone for quality of care. Report on a three years experience.</i> Di Giulio P, Cotta R, Bastianello D, Garaventa A, Jankovic M, et al. Ass. Inf. Ric. 2004; 23, 3: 149-52. Abstract. July-September 2004</p> <p><i>Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units.</i> Boyle DK, Kochinda C., J. Nurs. Adm. 2004 Feb; 34 (2): 60-70. Abstract. February 2004</p> <p><i>Physicians and nurses: friends or foes?</i> LeTourneau B. J. Healthc Manag. 2004 Jan-Feb; 49 (1): 12-5. Abstract. January-February 2004</p>
Pub Med	Revisioni sistematiche Articoli	Intervention of nurse physician collaboration	20 articoli	<p><i>Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses.</i> Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. Am. J. Crit. Care. 2005 Jan; 14 (1): 71-7. Abstract. January 2005</p> <p><i>Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units.</i> Boyle DK, Kochinda C., J. Nurs. Adm. 2004 Feb; 34 (2): 60-70. Abstract. February 2004</p> <p><i>Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice.</i> Copnell B, Johnston L, Harrison D, Wilson A, Robson A, et al. J Clinic. Nurs. 2004 Jan; 13 (1): 105-13. Abstract. January 2004</p>
Pub Med	Revisioni sistematiche Articoli	Improve nurse doctor collaboration	7 articoli	<p><i>Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward.</i> Puntillo KA, McAdam JL. Crit. Care Med. 2006 Nov; 34 (11 suppl.): S332-40. Abstract. November 2006</p> <p><i>Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses.</i> Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. Am. J. Crit. Care. 2005 Jan; 14 (1): 71-7. Abstract. January 2005</p> <p><i>Doctors-nurses integration in paediatric onco-hematology: a cornerstone for quality of care. Report on a three years experience.</i> Di Giulio P, Cotta R, Bastianello D, Garaventa A, Jankovic M, et al. Ass. Inf. Ric. 2004; 23, 3: 149-52. Abstract. July-September 2004</p> <p><i>Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice.</i> Copnell B, Johnston L, Harrison D, Wilson A, Robson A, et al. J Clinic. Nurs. 2004 Jan; 13 (1): 105-13. Abstract. January 2004</p>
Pub Med	Revisioni sistematiche Articoli	Multidisciplinary team nurse nurse physician collaboration	17 articoli 1 revisione	<p><i>The effect of a multidisciplinary hospitalist / physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs.</i> Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, et al. J. Nurs. Adm. 2006 Feb.; 36 (2):79-85. Abstract. February 2006</p> <p><i>Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses.</i> Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. Am. J. Crit. Care. 2005 Jan; 14 (1): 71-7. Abstract. January 2005</p>

Banca Dati	Ricerca	Parole Chiave	Esito Ricerca	Documenti Selezionati
				<i>Doctors-nurses integration in paediatric onco-hematology: a cornerstone for quality of care. Report on a three years experience.</i> Di Giulio P, Cotta R, Bastianello D, Garaventa A, Jankovic M, et al. Ass. Inf. Ric. 2004; 23, 3: 149-52. Abstract. July-September 2004
Pub Med	Revisioni sistematiche Articoli	Nurse physician barriers of collaboration	7 articoli 2 revisioni	<i>Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward.</i> Puntillo KA, McAdam JL. Crit. Care Med. 2006 Nov; 34 (11 suppl.): S332-40. Abstract. November 2006
Pub Med	Revisioni sistematiche Articoli	The Jefferson scale of attitude toward physician nurse collaboration	3 articoli 1 revisione	<i>Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician - nurse collaborative relationships.</i> Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, Lo Scalzo A, et al. Int. J. Nurs. Stud. 2003 May; 40 (4): 427-35. Abstract; May 2003 <i>Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration.</i> Hojat M, Fields SK, Veloski JJ, Griffiths M, Cohen MJ, Plumb JD. Heval. Health Prof. 1999 Jun; 22 (2): 208-20. Abstract; June 1999 <i>A review of instruments measuring nurse - physician collaboration.</i> Dougherty MB, Larson E. J. Nurs. Adm. 2005 May; 35 (5): 244-53. Abstract. May 2005 <i>Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultura study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico.</i> Hojat M, Nasca TJ, Cohen MJ, Fields SK, Rattner SL, Griffiths et al. Abstract; March/April 2001
Cochrane	Revisioni sistematiche Articoli	Nurse physician collaboration	3 articoli 1 revisione	<i>Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. [Reviews].</i> Zwarenstein, M; Bryant, W The Cochrane Database of Systematic Reviews. Vol. 3, 2006. Full Text; 11 January 2000; 15 November 2004 Updated <i>Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units.</i> Baggs J.G, Schmitt M, Mushlin A, Mitchell P, Eldredge D, Oakes D, Hutson A. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.; Volume 27 (9), September 1999: 1991-98. Full Text; September 2000. <i>Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration: A Cross-Cultural Study of Male and Female Physicians and Nurses in the United States and Mexico [Articles].</i> Hojat M, Nasca T.J, Cohen M, Fields S, Rattner S, et al. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.; Volume 50 (2), March/April 2001: 123-128. Full Text; March/April 2001 <i>Nurse/Physician Collaboration: Action Research and the Lessons Learned [Articles].</i> Dechairo-Marino A, Jordan-Marsh M, Traiger G, Saulo M., Lippincott Williams & Wilkins, Inc.; Volume 31 (5), May 2001: 223-232. Full Text; May 2001
Pub Med	Revisioni sistematiche Articoli	The Jefferson scale of attitude toward physician nurse collaboration	3 articoli 3 revisioni	<i>The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level.</i> Hojat M, Gonnella J.S, Nasca T, Mangione S, Veloksi J, Magee M. Association of American Medical Colleges Volume 77 (10) Suppl. October 2002, p S58-S60 Full Text; October 2002 <i>Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. [Article].</i> Hojat M, Gonella J.S, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. Am J Psychiatry 2002; 159:1563-1569. Full Text; September 2002
Nursing World.org	Articoli	Nurse physician collaboration	2 articoli	<i>Nurse - physician workplace collaboration.</i> Lindeke LL, Sieckert AM. On Line Journal of Issues in Nursing; Volume 10 (1); January 2005. tpc26_4. Full text. January 2005
				<i>Partnerships and collaboration: what skills are needed?</i> Gedney Baggs J. On Line Journal of Issues in Nursing; Volume 10 (1); January 2005 tpc 26ntr Full Text. January 2005
Google	Articoli Testi Interi	Collaborazione medico infermiere	2 articoli	<i>La Qualità nella Comunicazione Medico-Infermiere.</i> Pilotto, F., Corso, M. Difesa Sociale, N. 4-2001 <i>Aspetti Deontologici della Relazione Medico-Infermiere.</i> Benciolini P. Relazione al III Convegno Nazionale: "Il medico e l'infermiere a giudizio" - Firenze 15,16 giugno 2000. Riv. Diritto Professioni Sanitarie, 200;3(3): 155-161

Conclusioni

La collaborazione tra figure professionali è una strategia di fattibile praticabilità negli ambienti sanitari, come d'altronde in tutti quei luoghi di lavoro in cui vengono a contatto professionisti diversi che mirano ad un risultato comune. Bisogna ricordare che la collaborazione è l'atteggiamento ed il metodo usato in società per affrontare problemi di varia natura e per raggiungere fini ed interessi generali collettivi, come appunto in sanità in cui l'obiettivo comune è la centralità del paziente²⁵.

Perciò la configurazione del rapporto di cooperazione che viene ad instaurarsi tra medico ed infermiere, trova risposta in tutti gli atteggiamenti di condivisione reciproca delle responsabilità e delle conoscenze che ambedue i professionisti hanno, nel rispetto dei ruoli, delle autonomie, nella ricerca di mutuo aiuto, ma soprattutto interpretando i campi di sovrapposizione delle competenze come positivi ed opportuni momenti di aggregazione lavorativa.

Nonostante questo sia un argomento attuale, pregnante, studiato e discretamente supportato, nella realtà ci sono diversi ostacoli che inibiscono il contatto collaborativo ed il suo accrescimento tra i diversi professionisti della cura.

Si è visto infatti che, sebbene vi siano molte ricerche ed ampie analisi effettuate in territori anglosassoni, nel nostro Paese, eccetto un progetto di integrazione tra figure professionali, non sono stati compiuti ulteriori studi di interventi efficaci.

Un primo scoglio che rende difficile l'applicabilità degli interventi per migliorare la collaborazione, emerge proprio dall'assenza di indagini italiane sull'argomento, mentre sarebbero necessari dei validi riferimenti derivati da studi originali.

Non è fattibile applicare direttamente alla realtà del nostro Paese studi di atteggiamenti e scale di valutazione stranieri; c'è bisogno infatti che essi siano prima adattati alle variabili che presentano sia il nostro Sistema Sanitario Nazionale, che il nostro Stato Sociale.

Si è osservato che ci sono dei modelli organizzativi i quali non propendono verso la collaborazione, anzi addirittura la ostacolano. Se si continua ad adottare un modello sanitario funzionale, anziché abbandonarlo, si aggiungeranno ulteriori difficoltà ai tentativi di

instaurare dei rapporti collaborativi tra professionisti, irrigidendo negativamente il sistema.

È perciò indispensabile allontanare questi ostacoli, abbracciando altri modelli più articolati (diffusi maggiormente in realtà come ad esempio in ambito domiciliare, nei dipartimenti di salute mentale e nei reparti di terapia intensiva) che favoriscono positivamente la collaborazione tra infermieri e medici, già in fase di formazione universitaria.

I professionisti sanitari, protagonisti in questa revisione della letteratura, devono tener conto che se si punta al risultato di una valida promozione della salute è necessaria anche una buona relazione fra gli operatori. Inoltre indicazioni di collaborazione, al fine di erogare le migliori cure all'assistito, mantenendo sempre prioritaria la centralità del paziente, sono contenute nei Codici Deontologici dei medici e degli infermieri^{2,3}.

L'infermiere ha un'esigenza ed una propensione a collaborare più sentita rispetto al medico. Nel suo Codice Deontologico sono diversi gli articoli in cui il tema è sollecitato.

Nell'articolo 5 trattante i rapporti professionali con colleghi ed altri operatori, viene ben sottolineato questo spirito di cooperazione e rispetto che egli è chiamato a manifestare tra i professionisti: ai punti 5.1 e 5.2 infatti si cita:

"L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe" e *"L'infermiere tutela la dignità proprie e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinioni non ostacoli il progetto di cura."*

Anche in altri punti emerge questa necessità: art. 3.2 *"...l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito..."*; art. 4.4 *"L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e relazione con la persona."*

Anche il medico è chiamato dal suo Ordine Professionale ad intraprendere attività collaborative; il Codice Deontologico, nella parte riguardante il *"Rapporto con terzi"* all'articolo 66 - Rapporto con altre professioni sanitarie, cita quanto segue: *"Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e*

favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali."

Lavorare in gruppo ed adottare atteggiamenti che favoriscano la collaborazione tra operatori del settore è quindi il metodo operativo fondamentale che tutte le unità operative, in qualsiasi sistema sanitario del globo, dovrebbero adottare.

Bibliografia

- HOJAT M, NASCA T.J, COHEN M, FIELDS S, RATTNER S, GRIFFITHS M, et al. *Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration: A Cross-Cultural Study of Male and Female Physicians and Nurses in the United States and Mexico*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.; Volume 50 (2), March/April 2001: 123-128.
- Codice Deontologico dei Medici Italiani. *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Chirurghi e degli Odontoiatri*. 16 dicembre 2006.
- Codice Deontologico dell'Infermiere. *Testo approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI*. Roma, febbraio 1999.
- BROLIS R., POSTAL N., POVOLI R. *Lavorare in gruppo: la collaborazione medici-infermieri*. Ass Inf Ric 2006; 25: 84-7
- RADCLIFFE M., SALVAGE J. *Gli editoriali Del British Medical Journal: luci ed ombre dei cambiamenti*. Ass. Inf. Ric. 2000; 19: 81-4.
- ZWARENSTEIN M, BRYANT W. *Interventions to promote collaboration between nurses and doctors*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Vol. 3, 2006.
- Decreto 14 settembre 1994, n. 739. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Infermiere*.
- Il Patto Infermiere-Cittadino*. 12 maggio 1996.
- MATARESE M, DE MARINIS MG, TARTAGLINI D, BINETTI P. *Modelli organizzativi assistenziali ed influenze sulla formazione clinica degli studenti del corso di diploma universitario per infermiere*. Nursing Oggi, 2000; 2: 24-33.
- DOUGHERTY MB, LARSON E. *A review of instruments measuring nurse-physician collaboration*. J. Nurs. Adm. 2005 May; 35 (5): 244-53.
- BASSETTI O. (1992). *Relazione infermieristica e lavoro d'équipe*. Firenze: Rossini Editrice.
- BOYLE DK, KOCHINDA C. *Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units*. J. Nurs. Adm. 2004 Feb; 34 (2): 60-70.
- LINDEKE LL, SIECKERT AM. *Nurse-physician workplace collaboration*. On Line Journal of Issues in Nursing; Volume 10 (1); January 2005. tpc26_4.

14. DECHAIRIO-MARINO A, JORDAN-MARSH M, TRAIGER G, SAULO M. *Nurse/Physician Collaboration: Action Research and the Lessons Learned*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.; Volume 31 (5), May 2001: 223-232.
15. VAZIRANI S, HAYS RD, SHAPIRO MF, COWAN M. *Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses*. Am. J. Crit. Care. 2005 Jan; 14 (1): 71-7.
16. COPNELL B, JOHNSTON L, HARRISON D, WILSON A, ROBSON A, MULCAHY C. *et al. Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice*. J Clin. Nurs. 2004 Jan; 13 (1): 105-13.
17. LETOURNEAU B. *Physicians and nurses: friends or foes?* J. Healthc Manag. 2004 Jan-Feb; 49 (1): 12-5.
18. BAGGS J.G, SCHMITT M, MUSHLIN A, MITCHELL P, ELDRIDGE D, OAKES D, HUTSON A. *Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.; Volume 27 (9), September 1999: 1991-98.
19. BASTIANELLO D, GAVIN P, BERTO E, BELTRAME L, SAINATI L, PERILONGO G, *et al. Progetto per migliorare l'integrazione tra medici ed infermieri nell'assistenza al paziente oncologico pediatrico terminale*. Ass. Inf. Ric. 2004; 23, 3: 149-52.
20. COWAN MJ, SHAPIRO M, HAYS RD, AFIFI A, VAZIRANI S, WARD CR, ETTNER SL. *The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs*. J. Nurs. Adm. 2006 Feb.; 36 (2):79-85.
21. PERRIER A. *Nurse-physician collaboration: a determinant of the quality of care?* Rev. Med. Suisse 2005 Nov 23; 1 (42): 2742-5.
22. PUNTILLO KA, McADAM JL. *Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward*. Crit. Care Med. 2006 Nov; 34 (11 suppl.): S332-40.
23. HOJAT M, GONNELLA J.S, NASCA TJ, FIELDS SK, CICHETTI A, LO SCALZO A, *et al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships*. Int. J. Nurs. Stud. 2003 May; 40 (4): 427-35.
24. HOJAT M, FIELDS SK, VELOSKI JJ, GRIFFITHS M, COHEN MJ, PLUMB JD. *Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration*. Eval. Health Prof. 1999 Jun; 22 (2): 208-20.
25. PILOTTO F. *Società Potere Salute*, Antica Legatoria Libri, Padova, 2003.

Abstract

This bibliographic research analyzes about nurse-physician collaboration for better to know the variables and to understand how this factor is important in the health care.

It's been noticed the importance of relationship between professionals for answer to health and care needs for the patients, and how the cooperation can improve the results.

The most of results in this research, are English and American source. The interpretation of these studies can be a helpful for thematic reflection and for experimentation in the Italian health care.

Key words: Bibliographie, Research, Doctor-Nurse, Cooperation



Luca Benci

La prescrizione e la somministrazione dei farmaci

Responsabilità giuridica e deontologica
Mc Graw Hill, 2007

La materia della prescrizione e della somministrazione dei farmaci ha acquisito in questi anni una importanza crescente. Non vi sono dubbi che si tratta di una delle attività più rischiose e impegnative per il professionista infermiere sia nel versante della preparazione sia nel versante della somministrazione e dell'assistenza successiva.

È una attività complessa che prevede una filiera che parte dal medico, passa dall'infermiere e talvolta finisce con il supporto degli operatori socio sanitari. Di questa complessità si occupa il volume di Luca Benci fornendo un quadro completo di tutta la tematica.

Il libro è articolato in cinque distinti capitoli. Nel primo l'autore approfondisce le conoscenze necessarie sui farmaci, sulla loro classificazione, sulle varie tipologie. Nel secondo capitolo vengono esplorati i meandri – non sempre chiarissimi – della conservazione dei farmaci e delle loro molteplici interpretazioni.

Il terzo e il quarto capitolo costituiscono il cuore del libro, quanto meno per un professionista della salute. Vengono nel dettaglio analizzati i problemi legati alla prescrizione e alla somministrazione dei farmaci. Contrariamente alla prima impressione in cui l'interesse di un infermiere dovrebbe essere tutto concentrato sul capitolo della somministrazione dato il ruolo preminente su questa attività è probabilmente il capitolo sulla prescrizione che porta a sviluppare le maggiori riflessioni – forse perché è un aspetto meno conosciuto – anche se poi nel capitolo sulla somministrazione si trovano risposte agli storici dilemmi dell'agire infermieristico su questa delicata materia: si pensi ai comportamenti da

tenere in caso di prescrizioni incomplete, telefoniche, verbali ecc.

Integra il lavoro il capitolo sulla prevenzione degli errori di terapia con la soddisfazione di vedere citata la Scheda unica di terapia (S.T.U.) della Regione Toscana, frutto del lavoro congiunto di una serie di professionisti sanitari con il determinante contributo di alcuni qualificati colleghi infermieri. La nostra Regione è probabilmente la prima ad avere approntato uno strumento di questo tipo. Conclude il volume un capitolo dedicato alla sperimentazione di farmaci.

Infine, pur non essendo del tutto attinente alla materia farmaci – ma con tante parti in comune – viene trattata in dettaglio la spinosa materia delle emotrasfusioni.

Il lavoro di Luca Benci si pone come una guida preziosa al lavoro di ogni professionista infermiere che deve considerare – in questo caso usiamo le parole della bella presentazione di Daniele Rodriguez acclusa al volume – queste conoscenze come un punto di partenza e non certo di arrivo per il proprio lavoro. Un libro da raccomandare anche per la rarità di essere uno strumento di formazione e aggiornamento professionale che si rivolge indistintamente a medici e infermieri.

Marco Zucconi, Dottore Magistrale, Master in Management sanitario, Infermiere Coordinatore c/o Azienda Ospedaliera di Perugia.

Misurare e gestire le performance assistenziali in Terapia Intensiva: il ruolo della Balanced Scorecard



Riassunto

Viene presentata una metodologia di misurazione e gestione delle **performance**, nata negli Stati Uniti nel 1992 e formalizzata ad opera di due studiosi americani, R. Kaplan e D. Norton, con il nome di **Balanced Scorecard (BSC)**, che ha avuto ampia applicazione in ambito industriale. Negli anni la BSC si è evoluta in un **management system** completo per implementare ed eseguire la strategia, cioè per allineare l'operatività quotidiana e le risorse con gli intenti strategici, ed ha conosciuto una diffusione crescente e nei contesti più diversi, compreso l'ambito sanitario. Le aziende sanitarie sono, al pari delle aziende industriali, caratterizzate da una alta complessità organizzativa interna e soggette ad una elevata complessità ambientale; risulta, quindi, che gli obiettivi perseguiti sono molteplici ed intrinsecamente diversi tra loro. La BSC applicata in ambito sanitario rappresenta un tentativo di risposta congiunta alla complessità e alla multi-dimensionalità delle aziende, perché gestire tale complessità con un unico strumento (come il sistema di **budgeting**, ormai ampiamente diffuso) non è sufficiente per raggiungere gli obiettivi strategici. Partendo dalla descrizione della metodologia si presenta tale modello con un'ipotesi d'impiego riferito alla Terapia Intensiva, per la formulazione, la comunicazione e la condivisione in senso partecipativo di strategie e per la definizione di obiettivi mirati e realizzabili nel campo del nursing in area critica.

Parole chiave: Balanced Scorecard, Strategia, Performance Assistenziali

Come in altri settori, anche in sanità la misurazione delle performance è un tema particolarmente critico. Le organizzazioni sanitarie sono oggi tenute a far proprio il principio di *accountability*, che impone una precisa assunzione di responsabilità riguardo i risultati raggiunti e raggiungibili. Pertanto il tema delle performance e della loro capacità di essere misurate e governate da parte delle organizzazioni sanitarie diviene cruciale, questo anche al fine di perseguire gli intenti strategici, rispettando i vincoli economici imposti dal neocentralismo regionale. La natura complessa, intrinsecamente multi-disciplinare e multi-professionale delle organizzazioni sanitarie ha poi portato ad una trasformazione dell'ottica del budget, spostando la negoziazione dagli aspetti economico-finanziari, agli insiemi di indicatori capaci di incorporare elementi sia di efficienza (spesso scarsi), che di appropriatezza, di efficacia, di qualità, di sicurezza, etc. La natura pubblica e *non-profit* che prevale fra le organizzazioni sanitarie del SSN ha richiesto naturalmente l'integrazione degli obiet-

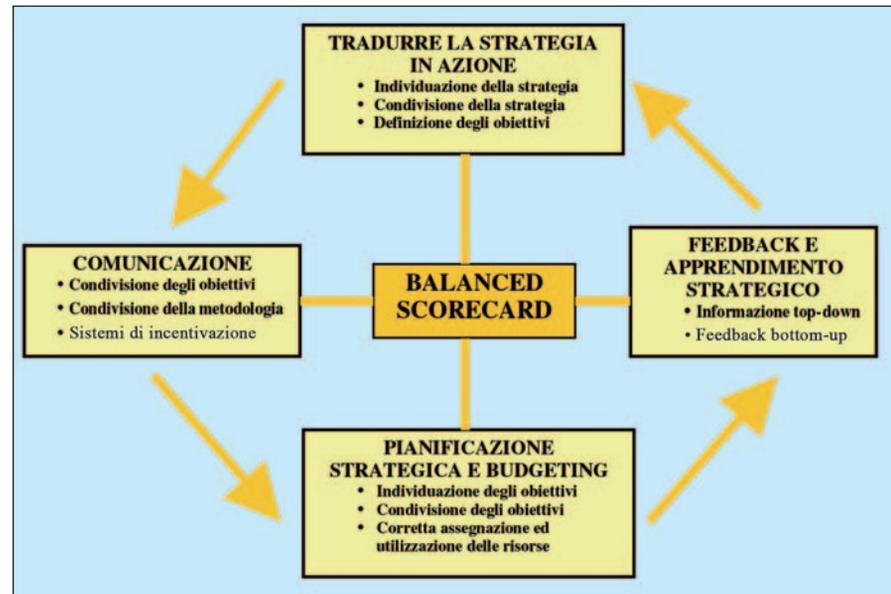
tivi riconducibili all'economicità, con quelli propri dell'intervento pubblico (equità) e anche con quelli che discendono dalla *clinical governance* (efficacia, appropriatezza, sicurezza, etc.), quindi set di indicatori che sembra opportuno ricondurre al sistema della pianificazione strategica, e della sua traduzione operativa, con aspetti che di fatto si rifanno alla logica della Balanced Scorecard. La conoscenza della metodologia BSC può pertanto essere utile anche per il professionista Infermiere, che non può sottrarsi da offrire il suo contributo in ambito manageriale, nel perseguimento degli obiettivi aziendali. La Balanced Scorecard è un sistema manageriale di valutazione strategica che trasforma le strategie e la mission dell'organizzazione in un set bilanciato di indicatori di performance (di natura finanziaria e non finanziaria) correlati tra loro. È stata ideata dagli statunitensi Robert Kaplan e David Norton nel biennio 1990/1991 e diffusa nell'inverno del 1992, quando pubblicarono sull'Harvard Business Review l'articolo dal titolo "*The Balanced Scorecard. The measure that drive Performance*". Riprendendo le parole degli autori "*La Balanced Scorecard è la traduzione*

EDITORIALE

pervenuto il 27/12/07
approvato il 29/12/07

della strategia aziendale attraverso una serie coerente di misurazioni che definiscono gli obiettivi a lungo termine e i meccanismi per raggiungere tali obiettivi". Kaplan e Norton, per dare il nome al modello, hanno usato come riferimento i tabelloni utilizzati nei match di baseball e basket a completamento del puro e semplice punteggio della partita. In questi due sport, infatti, il punteggio della partita deriva dalla combinazione di tali e tanti eventi e variabili, che si rende necessaria un'attenta analisi per conoscere l'esito finale della partita. Il modello impostato dagli autori, allo stesso modo, segna il superamento di una visione monodimensionale, tipica del sistema di budgeting (che guarda, di fatto, solo la dimensione economico-finanziaria), in modo da fornire una visione multidimensionale e bilanciata delle diverse componenti della gestione aziendale. Nata originariamente per le grandi imprese nord americane private (compagnie petrolifere, di assicurazione, di trasporti) ed industriali, dal 1995 la Balanced Scorecard ha conosciuto una diffusione crescente e nei contesti più vari. Questo management system si è evoluto nel tempo, mostrandosi flessibile e portatore di una pluralità di vantaggi in capo all'azienda implementatrice, anche se la sua adozione pratica ha messo in evidenza alcune criticità e limiti; in primo luogo la relativa complessità nella scelta degli indicatori ed il loro bilanciamento, poi i tempi di applicazione piuttosto lunghi e, comparandolo ad altri sistemi manageriali multidimensionali, la mancanza di evidenze scientifiche che ne dimostrino la maggior efficacia. In Italia, nonostante gli innegabili vantaggi della metodologia, l'utilizzo della Balanced Scorecard è ancora abbastanza limitato, anche se l'approccio BSC nella pianificazione e controllo è uscito dalla fase accademica ed è sensibilmente in crescita l'interesse per una sua concreta applicazione nei diversi contesti aziendali, compreso l'ambito sanitario. La Balanced Scorecard permette ad una organizzazione di tradurre la propria visione e la propria strategia secondo una nuova struttura, grazie alla quale la strategia viene descritta e comunicata in termini di obiettivi, iniziative e misure, attraverso un processo a cascading che coinvolge tutti i dipendenti dell'organizzazione, inoltre anche i processi di comunicazione, pianificazione strategi-

Figura 1. La Balanced Scorecard come struttura strategica per l'azione



ca e budgeting, nonché di apprendimento strategico, ne sono guidati e gestiti (Figura 1).

La BSC si propone di misurare le performance aziendali lungo quattro prospettive rilevanti, fissate a partire da quelle che sono considerate, secondo Kaplan e Norton, le chiavi determinanti del successo competitivo:

- la prospettiva economico-finanziaria, che permette di rispondere alla domanda *Quali risultati economici e monetari ritengo soddisfacenti?*;
- la prospettiva della soddisfazione del cliente, che permette di rispondere

alla domanda *Come sono visto dai miei clienti?* (che in ambito sanitario sono i pazienti);

- la prospettiva dei processi interni, che permette di rispondere alla domanda *In quali processi interni devo eccellere?*;
- la prospettiva dell'apprendimento e crescita, che permette di rispondere alla domanda *Che cosa devo fare per continuare a crescere?*

Le quattro prospettive in oggetto sono strettamente integrate e devono essere lette complessivamente, perché solo così facendo si possono indirizzare i piani operativi di ogni unità funzionale

Figura 2. Le prospettive della BSC applicate alla sanità pubblica



verso gli obiettivi globali dell'azienda. In ambito sanitario, soprattutto pubblico, è possibile ipotizzare anche una quinta prospettiva, che tenga più approfonditamente conto degli interessi della comunità, in relazione all'equità e contenere, ad esempio, indicatori di accesso e di livelli d'assistenza (Figura 2).

Per realizzare una BSC si deve partire con la costituzione un *team* aziendale di *esperti*, guidato da un professionista che abbia una forte *leadership*. Il team ha, in primo luogo, il compito di creare il consenso all'adozione del modello; successivamente, dopo un'attenta lettura della *mission* e della *vision* aziendale, declinate sulle responsabilità organizzative del contesto in esame, si individuano le cosiddette *Key Performance Area* (KPA), vale a dire gli ambiti più importanti su cui misurare i livelli di performance e in cui non si può assolutamente fallire, riconducendole all'interno delle prospettive previste dal modello ed esplicitandole attraverso una mappa strategica. Per mezzo della mappa strategica si identificano le relazioni causa-effetto e si specificano i rapporti e le relazioni tra le variabili ed i fattori che incidono sul livello di performance. Le relazioni causa-effetto vanno sistematicamente verificate e quantificate, per comprendere e prevedere le criticità del sistema. In seguito si individuano, all'interno delle KPA, i *Key Performance Indicator* (KPI), gli indicatori chiave che serviranno a monitorare il livello di raggiungimento delle perfor-

mance, definiti per ogni KPA individuata, ed il *target* da raggiungere, naturalmente attraverso le azioni finalizzate, che devono essere a loro volta dichiarate (Figura 3).

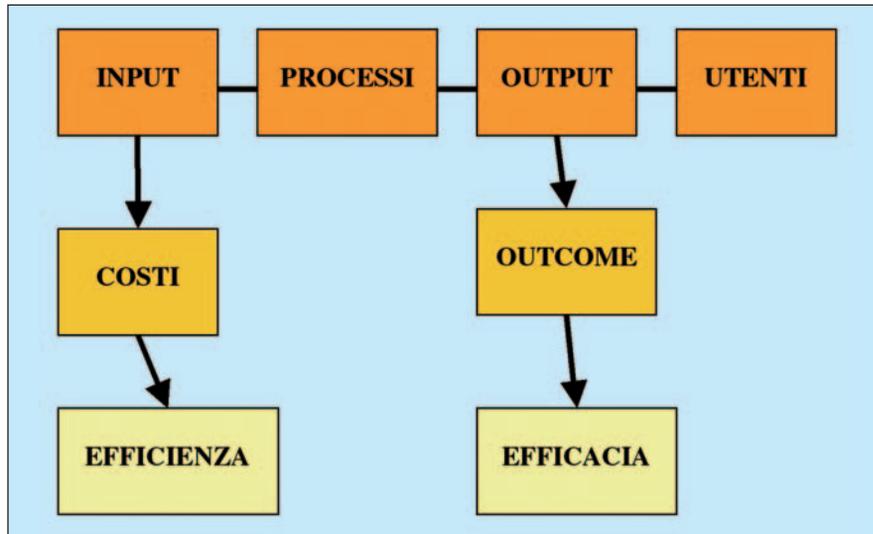
Una BSC ben strutturata deve contenere un *mix* di indicatori di misura dei risultati finali (*lagging indicators*) e *driver* della performance (*leading indicators*); inoltre ciascun indicatore, anche se misura fenomeni di tipo qualitativo, deve essere obbligatoriamente espresso in termini quantitativi, ovvero espresso in unità di misura numeriche. In più, il numero degli indicatori deve essere necessariamente limitato, per evitare che le informazioni disponibili siano dispersive. Il monitoraggio costante degli indicatori, attraverso un valido *reporting*, permette all'organizzazione di valutare se questa riesce, e in quale misura, a realizzare la propria strategia, e permette di intraprendere le eventuali azioni correttive. Per poter essere correttamente impiegata, la BSC deve essere supportata da un adeguato sistema informatico che *alimenti* il modello. Anche se inizialmente è possibile gestire una BSC solamente su carta e con applicativi *Office*, sarebbe preferibile che l'Azienda si doti di un *software* specifico (ne esistono numerosi ed adeguatamente validi e certificati). Gli indicatori prescelti si possono mettere in relazione (anche più di uno per prospettiva), utilizzando un grafico, cosiddetto a *radar*. Onde evitare di dover pesare (ovvero dare una importanza relativa)

gli indicatori, si potrebbe pensare di considerarli congiuntamente ad un loro margine di variazione (eventualmente standardizzato fra 0% e 100%), così da verificare immediatamente se il valore raggiunto dall'indicatore si posiziona effettivamente in un ambito ritenuto accettabile; questo permette, in parole povere, una lettura immediata di dove si è rispetto a dove si vuole andare. In Italia numerose Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate hanno già proficuamente adottato il modello di Kaplan e Norton (a vari livelli della loro organizzazione), che trova la propria collocazione ideale nell'unità strategica di riferimento dell'azienda sanitaria, il dipartimento. Tra queste si possono citare: l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, l'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano, l'Azienda USL di Bologna nord (ora AUSL di Bologna), l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova, l'Azienda per i Servizi Sanitari Isontina, l'IRCS Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino di Pavia, l'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma, l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, la Fondazione Don Gnocchi, l'Azienda USL n.10 del Veneto Orientale, il Servizio Sanitario provincia autonoma di Bolzano. Dall'esperienza di queste aziende emerge che la BSC può fare veramente la differenza nella gestione, sempre che sia stata ben definita la strategia aziendale e si abbia un adeguato orizzonte temporale per permettere al modello di Kaplan e Norton di dare il meglio di se. La Balanced Scorecard adottata in un'Azienda Sanitaria che veda al proprio interno dipartimenti anche molto diversi tra loro, può prevedere da una parte una struttura comune di livello aziendale, fondamento unico per tutta l'organizzazione, in cui sono concentrati i temi e le visioni comuni, e dall'altra, tante BSC quanti sono i dipartimenti (unità strategiche di riferimento). La base di relazione per poter affermare che il dipartimento corrisponda all'unità strategica di riferimento è che vi siano rintracciabili una mission, una strategia per raggiungere la vision, una base di clienti/pazienti (interni o esterni) e dei processi operativi che consentano l'attuazione della strategia stessa. A loro volta, le BSC create ad hoc per i dipartimenti divengono la base per altri stru-

Figura 3. Logica della Balanced Scorecard



Figura 4. La creazione di valore sanitario



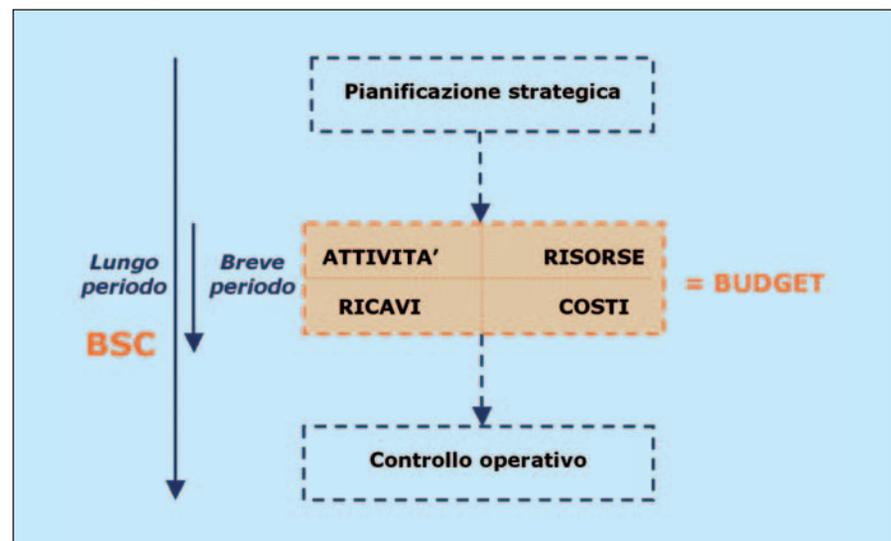
menti simili nelle strutture presenti all'interno del dipartimento (BSC di struttura). In tal modo si attiva un meccanismo a cascata che, ripercuotendosi dal vertice dell'organizzazione sanitaria fino ai centri di responsabilità più vicini all'area operativa (strutture organizzative complesse e semplici), consente a tutto il personale di lavorare in modo coerente per il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali. Inoltre, attraverso la BSC si ha la disponibilità di strumenti di misurazione idonei a coniugare la dimensione economica con quella clinica delle performance, e ciò permette di apprezzare il vero e proprio *prodotto* dell'assistenza sanitaria, sia in termini di attività che di *outcome*, evitando il rischio di intervenire solo sui costi, senza massimizzare il valore generato in termini di salute (Figura 4).

In un'azienda sanitaria l'impiego della BSC non si sostituisce al sistema di budgeting, ma lo integra e permette ad ogni singolo dipendente, coinvolto nel processo di cascading, di interiorizzare la strategia aziendale. Cosa che normalmente non avviene con il sistema di budgeting, infatti solo i dirigenti di più alto livello conoscono gli obiettivi strategici e il dipendente spesso si muove senza sapere come contribuire proficuamente al raggiungimento degli stessi. Inoltre il sistema di budgeting riguarda solo un'ottica di breve periodo (un anno), mentre la BSC è orientata per gestire la strategia in un'ottica di medio-lungo periodo, tipicamente 3/5 anni (Figura 5).

Una volta introdotta e messa a regime, le leve su cui agire per mantenere in perfetta efficienza la BSC e salvaguardarne l'attualità sono quelle di creare un processo organizzativo strutturato e finalizzato a rivederne periodicamente lo *stato di salute*, disporre di figure dedicate all'aggiornamento del modello, disporre di un sistema informativo espandibile che favorisca la semplicità d'uso e la manutenzione della piattaforma e possedere in seno all'azienda una cultura organizzativa che riconosca il ruolo centrale svolto dai processi di misurazione e che sia orientata alla trasparenza ed al coinvolgi-

mento di tutto il personale. Se la BSC viene realmente utilizzata in ambito organizzativo come riferimento obbligato per i principali processi manageriali (pianificazione, budgeting, reporting, comunicazione, incentivazione, ecc.), è molto probabile che eventuali esigenze di cambiamento si manifestino *ab origine* e possano essere attuate. A tale scopo è utile raccogliere dei *feedback* da parte di coloro che, ai vari livelli dell'organizzazione, sono coinvolti nell'utilizzo della Balanced Scorecard, così da valutare periodicamente il grado di soddisfazione, le modalità d'uso prevalenti, le funzionalità più apprezzate ed eventuali indicazioni, critiche o suggerimenti, secondo una logica *bottom-up*. Ma quale applicazione può avere la BSC in ambito infermieristico? Alcune esperienze italiane e numerose esperienze straniere hanno dimostrato che, attraverso l'identificazione di una gamma di indicatori sensibili e specifici nelle diverse aree di performance si può creare un sistema multidimensionale che supporti il budgeting, anche nell'ambito del nursing. Entrando nello specifico ambito di riferimento delle performance infermieristiche, le stesse possono essere definite come "*l'insieme degli interventi infermieristici rappresentativi della complessità assistenziale*". L'infermieristica possiede ormai da anni solide basi teoriche per affrontare sfide manageriali importanti, quindi, attraverso una lettura "manageriale" delle tassonomie NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*; diagnosi infermie-

Figura 5. Il budget e la BSC nel processo di programmazione e controllo



ristiche), NIC (*Nursing Intervention Classification*; interventi infermieristici) e NOC (*Nursing Outcomes Classification*, risultati infermieristici) è possibile realizzare una BSC *ad hoc* per misurare le performance infermieristiche. Ponendo l'attenzione nell'ambito della Terapia Intensiva, si può ipotizzare la seguente vision per l'ambito infermieristico: *Vogliamo produrre risposte assistenziali appropriate, personalizzate, integrate e di provata efficacia, nell'ambito della terapia intensiva.* Partendo da ciò si possono teorizzare le successive KPA, ricomprese nelle quattro prospettive standard proposte da Kaplan e Norton:

- Prospettiva economico-finanziaria:
 - Governo dei costi
 - Governo dei beni e servizi
- Prospettiva dei clienti/pazienti:
 - Informazione
 - Accessibilità
 - Comunicazione
- Prospettiva dei processi interni:
 - Multidisciplinarietà
 - Presa in carico
 - Continuità assistenziale
 - Appropriatelyzza
 - Qualità
 - Sicurezza del paziente
 - Sicurezza dell'operatore
- Prospettiva apprendimento e crescita:
 - Formazione e ricerca
 - Clima
 - Motivazione

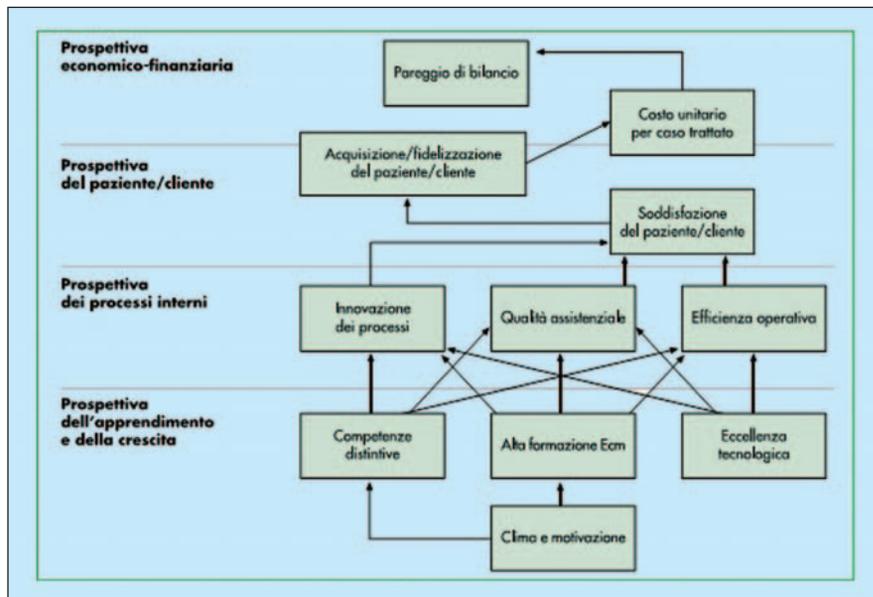
Correlando tra loro queste KPA il gruppo di progetto definisce la mappa strategica e individua le relazioni causa-effetto (Figura 6).

A titolo di esempio, per la Terapia Intensiva si può teorizzare, nella prospettiva apprendimento e crescita, che la "formazione e ricerca" influenza il "clima", che a sua volta influenzerà la "motivazione". Questi tre aspetti a loro volta influenzeranno, tra le varie KPA, la "qualità", la "sicurezza del paziente" e la "sicurezza dell'operatore", e così via. Successivamente devono essere definiti gli indicatori, il target di riferimento e naturalmente le azioni da porre in atto per perseguire la strategia. Per fare un esempio esplicativo di indicatori di performance infermieristiche in Terapia Intensiva, nell'ambito della prospettiva dei processi interni, una delle KPA individuata è la "sicurezza del paziente", con conseguenti KPI individuabili nell'ambito del "numero di lesioni da pressione indotte" o del "numero delle infezioni urinarie insorte", e successivi target di riferimento basati sulla congrua riduzione, in percentuale, rispetto all'anno precedente. Un altro esempio può essere, nella prospettiva dei clienti-utenti, la KPA "comunicazione", con al suo interno il KPI "numero lettere di dimissione infermieristica" e il target di almeno l'80% tra i pazienti "dimessi" (trasferiti). Inoltre, nella prospettiva apprendimento e crescita, all'interno della KPA "for-

mazione e ricerca", un KPI potrebbe essere il "numero di ore di aggiornamento" con il target del 30% in più rispetto all'obbligo ECM per l'anno corrente. Ovviamente non tutti i KPI possono essere contenuti nel sistema informativo aziendale, ma possono essere inseriti anche KPI presenti in supporti non informatici (come registri, schede, cartelle, etc.) per i quali si prevede un successivo inserimento nel sistema informativo aziendale, o di facile rilevazione per gli operatori. Possono essere inseriti anche KPI da rilevare ricorrendo a questionari di gradimento, soprattutto nell'ambito delle prospettive "apprendimento e crescita".

Naturalmente per perseguire la strategia vanno effettuate azioni specifiche che possono essere ricondotte a progetti che prendano in considerazione le principali tematiche comprese nella BSC. Tutto questo rientra nella gestione partecipativa per obiettivi (*management by objectives*), particolarmente diffusa nell'ambito infermieristico d'area critica, che si fonda sul sistema della partecipazione attiva dei collaboratori, fissando gli obiettivi e valutando i risultati. Una migliore performance infermieristica può determinare un maggior controllo della spesa, un utilizzo appropriato del personale e un superiore outcome per il paziente, soprattutto in Terapia Intensiva. Una Azienda Sanitaria che intende adottare la Balanced Scorecard, troverà nella Terapia Intensiva un valido terreno dove realizzare un progetto pilota, in quanto i professionisti dell'area critica sono sempre stati, se opportunamente coinvolti, favorevoli al cambiamento organizzativo. Cambiamento organizzativo che può trovare nella BSC anche il modello per la gestione di un sistema incentivante finalmente meritocratico per il personale del Comparto, e questo è già accaduto per molte aziende che hanno intrapreso tale strada. Per le Aziende Sanitarie che hanno sperimentato il modello BSC, esso non rappresenta più una teoria, ma è diventato lo strumento privilegiato per estendere la partecipazione degli operatori alla direzione aziendale e per diffondere e consolidare una cultura manageriale. L'osservazione conclusiva è, quindi che un modello di grande interesse manageriale, nato per altri contesti, può trovare una sua valida rilettura applicativa anche in ambito infermieristico e costituire un'ulteriore risorsa per affrontare le sfide che ogni giorno ci sono proposte. Sfide che pongono l'Infermiere a pieno titolo tra gli attori che possono contribuire alla realizzazione di

Figura 6. Esempio di mappa strategica dell'IRCCS Mondino di Pavia (fonte: www.sanita.forumpa.it/documenti/0/100/140/141/Mondino.pdf)



un sistema sanitario migliore, come affermato pure di recente dal nostro Ministro della Salute.

Bibliografia

- BARALDI S., *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2005.
- BRUNO P., *Guida pratica all' uso della Balanced Scorecard in sanità*, Il Sole 24 Ore, Milano, 2007.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P., *"Balanced Scorecard: tradurre la strategia in azione"*, Iseidi, Torino, 2000.
- VIGNATI E., BRUNO P., *Balanced Scorecard in sanità*, FrancoAngeli, Milano, 2004.
- ZUCCONI M., FIORAVANTI L., PETRANGELI M., *"La Balanced Scorecard ed il sistema di budgeting: guida per il management delle Professioni Sanitarie"*, Carocci Faber, Roma (in corso di pubblicazione).

Abstract

The BSC method for assessing and managing performance, was created in the United States in 1992, and was described in the works of two American researchers, R. Kaplan and D. Norton, who called it the Balanced Scorecard (BSC). Widely applied in the industrial field, the BSC evolved throughout the years into a complete management system for the implementation of strategy, thus signifying the alignment of daily operations and resources with strategic objectives. The method increasingly spread into most of the various fields, including that of the Sanitary and Health Care environments. The Health Care systems, like the industrial set-ups, are characterized by a highly complex internal organization and subject to a very complex structure, thus resulting in the pursuance of objectives which are intrinsically different from one another. Applied to the field of Health Care, the BSC stands as an attempt to give a joint answer to both the multidimensional and complex features of the systems, since the management of such complex systems with a unique instrument (such as the currently widely diffused budgeting system) is no longer sufficient to reach strategic goals.

Starting off from the description of its methodology, this model is here presented as a hypothetical possibility for use in Intensive Care, due to its formulation, communication and sharing of a common strategy for the definition of targeted objectives which can be realized in the field of Nursing in Emergency Medicine.

Key words: Balanced Scorecard, Strategy, Assistance, Performance

REGIONE TOSCANA

Grosseto 2 febbraio 2008

Replica – Grosseto 16 febbraio 2008

Hotel Granduca - Sala Azzurra

Via Senese 170 - Grosseto

ELETTROCARDIOGRAFIA E INFERMIERE IN AREA CRITICA

“Corso di apprendimento teorico pratico
Di elettrocardiografia clinica”

Evento Formativo ECM 2350 – 8000353

Obiettivi e finalità del corso

- Promuovere la lettura dell'ECG in ambito clinico
- Acquisire le conoscenze teoriche per la lettura e l'interpretazione dei tracciati elettrocardiografici
- Comprendere le indicazioni e le tecniche del monitoraggio elettrocardiografico.

Docenti

- Matteo Chiarabelli**, infermiere formatore/ricercatore EBN, Referente Governo clinico Dipartimento cardio toraco vascolare Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico S. Orsola – Malpighi, Bologna
- Marianna Napolitano**, infermiera esperta in Area Critica, Tutor clinico Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico S. Orsola – Malpighi, Bologna
- Katia Romano**, infermiera esperta in Area Critica Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico S. Orsola – Malpighi, Bologna

Metodi e strumenti utilizzati

- Lezioni magistrali • Esercitazioni in piccoli gruppi
- Esercitazione videoguidata

Per maggiori informazioni

Roberto Marconi, rmarconi@aniarti.it - Cell. 3381446942 – 3387020960

Destinatari infermieri n. 30 posti disponibili

Iscrizioni on line al corso di formazione sul sito www.aniarti.it

Per ulteriori informazioni: www.aniarti.it

Maria Benetton, Infermiere, Tutor, Caposala, Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Padova, sede formativa di Treviso

Apprendere dall'errore nella formazione infermieristica di base



Riassunto

In pedagogia si parla dell'errore come di un ambito di apprendimento da sfruttare affinché nasca un cambiamento ed un insegnamento. Si è voluto analizzare come si possa trasferire questo concetto alla formazione infermieristica di base, andando a approfondire come lo studente affronta l'errore compiuto (o potenzialmente in essere) e con quali modalità si conduca alla rielaborazione di esso ai fini di un apprendimento.

Importante inoltre sottolineare il ruolo del tutor nella gestione dell'errore che coinvolge anche tutta la struttura sanitaria ed i professionisti impegnati nella formazione degli studenti; un ruolo questo che richiede competenze non solo educative ma anche relazionali ed organizzative, in quanto egli fa parte, istituzionalmente, del contesto aziendale.

L'errore nella formazione infermieristica è da leggere in una ottica di apprendimento ma senza dimenticare che dobbiamo sempre essere garanti della sicurezza del paziente che è sempre prioritaria.

Parole chiave: Errore, Formazione infermieristica di base, Tutor, Apprendimento.

Durante il percorso di studio e nelle esperienze formative di tirocinio agite in ambiente sanitario, lo studente si trova in condizioni che possono essere causa di errore, intendendo con tale termine qualunque accadimento che ha dato o che aveva la potenzialità di dare origine ad un danno.

Nelle ricerche svolte nell'ambito del miglioramento continuo della qualità sanitaria, si riscontra che i soggetti incorsi nell'errore tendenzialmente attivino meccanismi di difesa; possiamo pensare quindi che anche lo studente metta in atto forme di difesa che lo portano a non far emergere il problema e a non rielaborarlo. L'errore in tal caso lo si può definire **inutile** poiché non si sfrutta la sua potenzialità per farlo diventare momento di apprendimento cioè un cambiamento relativamente stabile nel modo di pensare, essere, agire.

Chi si occupa di formazione, deve sfruttare ed utilizzare al meglio tutte le occasioni che creano apprendimento e deve pertanto saper agire con competenza, professionalità e onestà intellettuale nel gestire la problematica dell'errore umano.

La pedagogia dell'errore

Nella persona ogni atto o comportamento appreso non resta fine a se stesso: gli serve per apprendere altre cose e

lo mette in condizione di acquisire l'abitudine ad apprendere¹.

L'apprendimento serve all'adulto per compiere le azioni che consentono di utilizzare il sapere appreso; tenta di dare soluzione a problemi anche individuando e provando risposte creative ed originali.

Ma, anche il processo di apprendimento è accompagnato da tentativi ed errori, da sbagli, da insuccessi e riuscite. L'errore è connesso all'esistenza umana, tanto che può essere considerato un suo tratto caratteristico; è funzionale all'esistenza umana, in quanto rappresenta i momenti necessari e utili, di un lungo cammino attraverso il quale ci si avvicina alla possibile verità.

Scrive Karl Popper che *evitare gli errori, è un ideale meschino. Siamo fallibili: abbiamo sbagliato e sbaglieremo. L'importante è andare a caccia di questi errori e poi avere il coraggio di eliminarli respingendoli nel limbo delle teorie errate*².

Nell'errore dovremmo ricercare una valenza positiva, nel senso che esso rappresenta le esperienze e i fatti attraverso i quali la persona forma la sua personalità e dal quale ricerca idee per cogliere soluzioni ai problemi che incontra nella vita. Spesso queste idee e soluzioni contengono informazioni essenziali per imparare cose nuove.

La dimensione pedagogica dell'errore è da intendere come sforzo e capacità ad apprendere dagli errori, saper utilizzare

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 29/12/07
approvato il 29/12/07

il metodo critico nella ricerca dell'errore proprio ed altrui, rendere problematiche le situazioni per discuterle per ricercare soluzioni. La critica serve per promuovere un confronto che aiuti gli altri a migliorarsi, ma riconoscendo che anche gli altri contribuiscono a migliorare noi stessi, e non per sopraffare o imporre il proprio punto di vista.

Si deve distinguere fra errore e colpa, nel senso che tacciare come colpevole chi incorre in errore, significa ritenere che egli avrebbe potuto e dovuto evitarlo: questo potrebbe produrre nella persona forme di depressione, di frustrazione, di paura ed angoscia.

Invece la consapevolezza nel considerare l'errore come un possibile incidente di percorso, non ricercato deliberatamente ma accaduto, stabilisce un rapporto più produttivo fra errore e colui che lo compie, e fra quest'ultimo e le altre persone coinvolte. Non avvertendo più l'ostilità e il pregiudizio, non solo si impara dagli errori, ma si trova la motivazione per ricercarli ed eliminarli, acquisendo quel senso di comprensione e tolleranza nei riguardi degli altri, poiché gli altri ne hanno avuto verso colui che sbaglia³.

L'errore, se visto con questa prospettiva, diventa un elemento potente nella ricerca di risposte e mette in moto la voglia di conoscenza.

Alcuni filosofi e psicologi operano una distinzione tra errore e sbaglio, ovvero l'errore si basa sull'ignoranza di fatti essenziali per l'esatto riconoscimento di una situazione, mentre lo sbaglio risulta dovuto ad un difetto di attenzione, memoria o pensiero, le tre funzioni che presiedono il compimento di un qualunque lavoro o attività. In tale visione l'errore ha più una base oggettiva, mentre lo sbaglio è più legato alla soggettività.

Gli errori sono legati strettamente alla creatività, all'immaginazione, alla risoluzione di problemi, mentre negli sbagli si imbatte soprattutto chi sta applicando indicazioni o modelli già costruiti. Emerge quindi che in ambito scolastico gli studenti spesso fanno degli sbagli piuttosto che errori e che il potere educativo di quest'ultimo è molto più forte di quello posseduto dallo sbaglio⁴.

L'apprendimento dall'errore nella formazione infermieristica

Concordando, in via di principio, con la

visione positiva della pedagogia dell'errore e le teorie di Agassi in cui va posta una dissociazione fra errore e colpa, e ritenendo corretto didatticamente che non sia utile punire, né emarginare, né frustrare, il problema deve essere affrontato in maniera diversa nella formazione infermieristica.

Un luogo di apprendimento privilegiato dello studente infermiere è il tirocinio clinico dove è seguito e supervisionato dal tutor e dall'infermiere guida di tirocinio, ma questo non evita la sua esposizione ad errori che possono coinvolgere il malato, l'équipe, le risorse tecnologiche, l'immagine della struttura sanitaria in cui è inserito.

L'errore in cui incorre lo studente infermiere coinvolge direttamente o indirettamente la persona malata che gli è stata affidata, e comporta sempre delle conseguenze di gravità variabile.

Se il focus è sull'errore per trarne un apprendimento non bisogna però perdere di vista l'altro focus, il paziente assistito. Sul piano educativo dovremmo portare l'attenzione sulla ricerca di consapevolezza e di responsabilità che si assume chi intraprende questa professione. Anche se si è consci dell'umana fallibilità, bisogna però tendere al massimo controllo dell'operato.

Se l'errore diventa ripetuto, anche se in situazioni diverse, si dovrà far riflettere lo studente sulla sua maturità e motivazione ad una professione che richiede grande responsabilità.

È importante che chi si occupa di formazione sia consapevole che i riferimenti teorici richiamano ad una pedagogia che si esplica prevalentemente in un clima che definiremo *d'aula*, un luogo protetto e dove l'imparare, il tentare, lo sbagliare e il riprovare non creano danni concreti. Ma nell'applicarlo alla formazione infermieristica e sanitaria in genere, esso deve forzatamente essere adattato e contestualizzato al mondo clinico dove la libertà di errore può essere molto pericolosa per il paziente e costosa per l'organizzazione (non solo in termini economici).

Il vissuto dello studente

Per chiarire meglio quali sono le tipologie di errore più frequenti tra gli studenti in infermieristica è stata effettuata un'indagine, molto informale, a dei tutor con esperienza pluriennale. I dati

sono stati riferiti a memoria, perché purtroppo molti episodi non sono stati verbalizzati o sono stati portati alla conoscenza del tutor solo alla fine del percorso formativo anche da parte degli infermieri guide di tirocinio.

Gli errori più frequenti si sono verificati nella gestione della terapia (sommministrazione di farmaci sbagliati o a pazienti diversi, errori nel calcolo del dosaggio, particolarmente in ambito pediatrico). Altri casi riguardavano prestazioni assistenziali scorrette o inadeguate conseguenti a mancanza di conoscenze che però non erano state dichiarate dallo studente, oppure omissione o ritardo nella segnalazione di dati clinici significativi che avrebbero potuto creare danno al paziente.

Di fronte all'errore, spesso lo studente mette in atto forme di difesa che lo portano a non far emergere il problema e a non rielaborarlo. L'errore in tal caso lo si può definire *inutile* poiché non si sfrutta la sua potenzialità per farlo diventare momento di apprendimento.

Ma il sentire comune intorno alla problematica dell'errore è fortemente penalizzante ed è quindi comprensibile che lo studente tenda a eludere il problema perché ha esperienza che l'errore è fonte di punizione e di riprovazione.

Quando questo viene segnalato e lo si affronta, lo studente può attivare meccanismi di difesa, possono comparire delle giustificazioni che riconducono a frequenti meccanismi psicologici quali la proiezione, la negazione, la razionalizzazione o la rimozione.

La proiezione consiste nel rifiutare e nel volgere all'esterno sentimenti e aspetti di sé non voluti, attribuendoli ad altri attraverso un processo difensivo inconscio. È uno dei sistemi di difesa più primitivi ed ampiamente usata nella vita quotidiana.

Ad esempio uno studente con difficoltà relazionali che non accetta questo suo atteggiamento, può proiettarlo nei compagni, nei docenti, nei tutor, criticandoli per la mancanza di empatia, per la poca disponibilità al dialogo e alla comprensione.

La razionalizzazione è spesso successiva alla proiezione e si evidenzia nel comportamento della persona che tenta di giustificare delle tendenze, dei bisogni, dei sentimenti o dei comportamenti inaccettabili, o che tenta di trasformarli in altri consciamente accettabili, cioè l'individuo dà una apparente plau-

sibilità alle sue idee cercando così di renderle accettabili.

Generalmente la razionalizzazione è un muro che viene costruito per non riconoscere un aspetto spiacevole della propria personalità, e spesso porta più danni che giovamento dato che non permette di cercare una soluzione alle difficoltà, ma può addirittura impedire di prendere in considerazione i problemi in quanto non si vede la necessità di ridiscuterlo dato che lo si considera accettabile⁵.

Talvolta risulta assai difficile portare a riconoscere la realtà; il meccanismo di difesa della razionalizzazione tende a non far guardare in faccia le cose, tende a *liberarci* non solo dai fastidiosi frammenti emotivi dell'esperienza, ma anche ad affrancarci dal giudizio verso noi stessi, evitando pericolose cadute della propria immagine e della propria autostima.

Il meccanismo della negazione consiste nel trattare determinati aspetti della realtà come se non esistessero; l'individuo rifiuta coscientemente di accettare un aspetto non piacevole della realtà.

Con la negazione viene cancellata dalla mente l'esistenza stessa di quell'episodio, quell'emozione o quel pensiero e, soprattutto, si vuole assolutamente negare la possibilità di quello che è avvenuto.

Un altro meccanismo di difesa con cui la negazione può essere confusa è la rimozione.

La rimozione indica il tentativo di dimenticare qualcosa di cui l'individuo è consapevole a livello inconscio; si sa che è avvenuto qualcosa e perciò si cerca di non ricordarlo perché sgradevole. È il meccanismo di difesa più frequentemente usato e che sta alla base di tutti gli altri; ha un ruolo primario nel processo del dimenticare⁶.

Ruolo del tutor verso lo studente e l'istituzione sanitaria

Per le professioni sanitarie viene spesso richiamato un testo di Edgar Morin *"I sette saperi necessari all'educazione del futuro"* che introduce ai problemi della formazione futura⁷.

In particolare Morin dichiara tra i sette saperi necessari:

- *La formazione, che ha come oggetto la conoscenza, deve potenziare*

la capacità di riconoscere gli errori.

- *Formare ad affrontare le incertezze, i rischi dell'inatteso.*
- *Insegnare la comprensione fra gli umani per sviluppare reciproche tolleranze.*

- *Formare ad un'etica della responsabilità.*

È imprescindibile perciò per un tutor educare alla mentalità critica in ogni occasione di incontro e confronto con i suoi studenti, perché questa è una dote fondamentale dello spirito e dell'intelligenza umana.

Il tutor è un professionista della formazione pienamente inserito nell'organizzazione per la quale assume questo incarico; ha quindi una responsabilità formale verso l'istituzione e non solo verso gli studenti.

Quando avviene un errore, questo scuote le dinamiche dell'unità operativa: il tutor deve dare un feed-back alle figure che sono state coinvolte per gestire le possibili reazioni che i singoli o l'équipe potrebbero aver sviluppato.

Soprattutto se l'errore è stato particolarmente grave o coinvolgente potrebbero nascere reazioni di sfiducia o di protezione anche eccessiva verso lo studente, oppure delle reazioni di rifiuto nel proseguire l'attività formativa di accompagnamento nel tirocinio clinico.

Qualunque formatore sa che non può escludere che si commettano errori durante un percorso educativo. Ma può tentare di prevenirli con strumenti formativi e con una tutorship attenta alla persona-studente.

Per prevenire il verificarsi di errori durante il tirocinio clinico si possono adottare alcune strategie e strumenti, quali:

- *Un piano degli obiettivi formativi coerenti con il livello di conoscenze teoriche e di abilità pratiche acquisite dallo studente, con livelli attesi di performance secondo una graduale tassonomia.*
- *Una progettazione del tirocinio personale dello studente che preveda il suo inserimento in aree operative compatibili con il percorso formativo svolto; se ha avuto un percorso in aree di minima complessità è inopportuno farlo entrare in realtà complesse senza un passaggio in un'area intermedia.*
- *Una preparazione all'ingresso in tirocinio; può essere utile, particolarmente per gli studenti neoiscritti o per gli studenti che affrontano aree complesse, effettuare un briefing preparatorio.*

- *Una valutazione in itinere che porti lo studente a focalizzarsi sugli obiettivi che risultano insufficienti.*

- *Una educazione continua alla riflessione durante l'azione secondo il modello proposto da Schön e al controllo del proprio operato, anche per le attività d'aula⁸.*

Ma in caso di errore il tutor ha il compito di fargli rielaborare l'errore.

La rielaborazione non deve essere un momento per allontanare la responsabilità personale dello studente, persona adulta e responsabile delle sue azioni e decisioni, ma un momento in cui si analizza l'errore per ricercare strategie di soluzione e per farne un bagaglio culturale e professionale per situazioni analoghe che si incontreranno in futuro.

L'attenzione alla persona e la sua centralità nel processo formativo non deve essere interpretata come un approccio in cui trova comprensione e giustificazione acritica.

L'assunzione di responsabilità è un importante obiettivo formativo ed il tutor deve richiamare a questo, non focalizzandosi solo sull'aspetto sanzionatorio, ma non deve dimenticare che esiste e che gli studenti possono trovarsi nella condizione di dover rispondere anche in giudizio⁹.

Lo studente sarà guidato ad oggettivare l'accaduto, la dinamica, il contesto in cui è successo l'evento e delle complicanze reali o potenziali che sono intervenute.

Se il tutor riconosce lo studente come non in grado di analizzare la situazione, con difese psicologiche o con gravi carenze conoscitive che lo rendono non competente ad avanzare nel processo formativo, deve porre in essere delle azioni correttive.

Il tutor potrebbe divenire un *contenitore* di emozioni. Nel parlare dell'accaduto lo studente prova forti emozioni ed uno stress non indifferente; il dispiacere per aver causato danno, la vergogna di aver sbagliato o di essere stato ripreso con durezza, la collera perché forse l'errore non era tutto suo, il disagio di trovarsi a parlarne con più persone, tutto questo può dar luogo ad esprimere emozioni forti, liberatorie, talvolta anche violente. Mai, invece, dovrà avere un comportamento di accoglimento giustificatorio; bisogna mantenere l'attenzione sull'evento e sul processo che ha generato l'errore.

La rielaborazione dell'errore

Per imparare dall'errore è necessario un coraggio morale ed una buona dose di spirito critico e di responsabilità personale.

La letteratura esaminata indica che può essere sorprendente osservare come gli studenti perdano parte della paura di sbagliare quando si trovano con una persona che non chiede loro di essere nel giusto, ma solo di focalizzarsi nell'analisi dell'errore e nella ricerca di soluzioni o di alternative. Dove l'attenzione passa dalla persona coinvolta al problema reale, il giudizio può anche essere espresso (e non è un giudizio personale ma sull'evento) e la paura di ammettere che si è sbagliato può diminuire. In un clima di fiducia le emozioni legate al dispiacere dell'accaduto, alla vergogna, alla collera e alla rabbia, possono essere liberate e diventare momento di apprendimento¹⁰.

Il debriefing in cui si rielaborerà l'errore dovrà essere ben strutturato nelle fasi e negli aspetti che si vogliono affrontare; questo aiuterà il tutor a mantenere il controllo, evitando che la discorsività, la necessità di liberare l'ansia e le emozioni prendano il sopravvento e non si riesca a ricostruire l'evento. Possiamo puntualizzare gli aspetti che servono per comprendere e dare un feedback corretto e completo.

L'evento¹¹:

- **Identificare l'errore:** *si è trattato di un errore clinico, organizzativo o di danno all'immagine della struttura? La seconda e terza tipologia hanno meno coinvolgimenti emotivi ma non sono meno rilevanti; lo studente è parte dell'istituzione in cui è inserito e ne porta l'immagine all'esterno.*
- **Descrivere l'errore:** *lo studente narra, secondo la sua visione, quanto è avvenuto e chi ne è stato coinvolto.*
- **Descrivere le circostanze dell'errore:** *era un momento di urgenza o di tranquillità operativa? Qual era la conoscenza del contesto operativo?*

La rielaborazione, riflettere sull'esperienza:

- **Ricerca le cause dell'errore:** *queste possono essere legate a scarsa conoscenza teorica, a scarsa abilità pratica, a distrazione o negligenza, eccetera. Si cerca di capire in quale ambiente deve impegnarsi per evitare in futuro errori analoghi.*

- **Individuare le conseguenze dell'errore:** *si deve incoraggiare lo studente ad accettare la responsabilità del suo errore, che domani sarà responsabilità professionale. Dovrà individuare le conseguenze dirette del suo atto e quello che ha comportato per il paziente ed i suoi familiari e per lo staff sanitario.*
- **Analizzare le reazioni all'errore:** *lo studente deve essere portato ad analizzare quali reazioni si sono sviluppate nelle altre persone coinvolte, direttamente o meno. Solo dopo potrà parlare delle proprie risposte emotive. L'attenzione del tutor sarà orientata a controllare i meccanismi di difesa che possono irrigidire lo studente rendendo difficile se non impossibile una rielaborazione costruttiva.*

Il cambiamento:

- **Ricerca il cambiamento:** *è difficile identificare le strategie per migliorare. Solo se ha capito il significato dell'accaduto e se è disponibile a lavorare sulle difficoltà emerse, si può aprire la strada all'apprendimento e quindi al cambiamento. Accettare l'errore e le responsabilità derivate provoca uno stress emozionale non indifferente.*
- **Attivare azioni correttive:** *qualora lo studente non individui delle strategie migliorative o siano ritenute insufficienti, sarà il tutor a proporre delle azioni compensative. Potrebbe essere necessario progettare un recupero teorico, oppure richiedere una ricertificazione di alcune abilità pratiche, o ancora rivedere il percorso di tirocinio. Un'ultima, estrema, azione correttiva potrà essere la sospensione del tirocinio quando la situazione ha creato un danno grave al paziente o quando gli errori sono ricorrenti e lo studente non dimostra di aver imparato da essi.*

Molto utilizzato nei gruppi di audit di risk management, è il far partecipare all'esperienza della rielaborazione i colleghi professionisti. Per analogia si potrebbe pensare ad una estensione di questo metodo anche nella formazione professionale di base¹².

Lo studente potrebbe sentirsi in una atmosfera più serena con i suoi compagni che diventerebbero un gruppo di pari; potrebbero emergere anche situazioni analoghe, mai dichiarate, ma liberatorie.

Si potrà proporre allo studente di presentare agli altri studenti la sua espe-

rienza, in cui possa narrare l'accaduto, la rielaborazione, il suo vissuto. Se lo sforzo dello studente ha successo, può servire da modello ai suoi compagni, ma se tale strategia non ha successo, l'incontro in cui si vorrebbe utilizzare l'errore ai fini dell'apprendimento diventa improduttivo, spiacevole e produce atteggiamenti difensivi¹³.

Conclusioni

Dalla revisione bibliografica effettuata, emergono pochi contributi specifici in quanto c'è scarsa letteratura sull'apprendimento dall'errore nella formazione infermieristica di base.

Anche Jeanguiot (2000), evidenzia in un suo lavoro la mancanza di una esauriente ricerca nella comprensione e utilità dell'errore nella formazione infermieristica in Francia¹⁴.

Non sono stati individuati strumenti già validati che potessero essere utilizzati per riprodurre una ricerca sui vissuti degli studenti e/o dei loro supervisori-tutor quando si affronta il problema dell'errore umano in medicina.

Dalla letteratura non emergono grandi aiuti, sembra che solo la riflessione personale e del gruppo dei formatori possa suggerire delle possibili strategie di approccio al problema.

Come formatori dobbiamo porre la massima attenzione nella ricerca di una mediazione tra la concettualità della pedagogia dell'errore e la consapevolezza di doverla adattare al mondo professionale sanitario, dove l'errore può significare mettere in pericolo la vita delle persone.

Mantenere sempre l'attenzione su questa dualità, studente e paziente, permette di affrontare, con un maggiore equilibrio, gli aspetti di responsabilità professionale e organizzativa verso l'istituzione che vengono richiesti a tutti coloro formino degli studenti.

C'è necessità di uno stile di tutorship molto centrata sullo studente ma anche di sostenere il rapporto con il personale sanitario coinvolto nell'errore, in un clima di professionalità, competenza relazionale e fiducia reciproca. Questo richiede un buon bagaglio di competenze pedagogiche ma anche organizzative e relazionali per poter muoversi con figure professionalmente diverse (infermieri, medici, dirigenti di struttura, universitari) che utilizzano anche codici linguistici e mentali differenti.

Senza dubbio va stimolata la ricerca, la catalogazione degli eventi anche eventualmente mutuandoli dall'esperienza dei gruppi audit di risk management; un invito va comunque fatto a tutti i formatori affinché descrivano la loro esperienza poiché da questo nasce riflessione ed insegnamento per tutti gli altri.

Bibliografia

- AGASSI J. a cura di Baldini M. *Epistemologia, metafisica e storia della scienza*. Roma: Armando Editore, 1978.
- Antiseri D. *Teoria e pratica della ricerca nella scuola di base*. Brescia: La Scuola, 1985
- ARNDT M. *Nurses' medication errors*. Journal of Advanced Nursing. 1994 Mar; 19(3):519-26
- BALDINI M. *Epistemologia e pedagogia dell'errore*. Brescia: Editrice La Scuola, 1986
- CATTELANI R. *Elementi di Psicologia Clinica*. Manuale per operatori sanitari e sociali. Roma: Carocci Faber, 2003
- DEWEY J. *Democrazia ed educazione*. Firenze: La Nuova Italia, 1949
- FARNÈ M, SEBELICO A. *La razionalizzazione*. Psicologia Contemporanea. Mar-Apr. 1988; 86:49-51, Giunti Editore
- JEANGUIOT NP. *Learning by mistake*. The status of error in the initial education of nurses. Rech Soins Infirm. 2000 Sept; (62) :36-78
- MORIN E. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaele Cortina Editore, 2001
- MOTTANA P. *Un'esperienza di tutorship*. *Materiali per pensare ad un ruolo paradossale*. AIF 10, Franco Angeli Editore
- ORLANDER JD, BARBER T, FINCKE BG. *The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error*. Journal of the Association of American Medical Colleges. 2002 Oct; 77(10):1001-06
- PECCHIO L, *La rimozione*, Vertici Network di Psicologia e Scienze Affini, www.vertici.it/rubriche/studi, ultimo accesso 2 gennaio 2008
- POPPER K. *La ricerca non ha fine*. Roma: Armando Editore, 1978
- SCHULING J, CONRADI MH. *How to continue after an error in family practice?* Ned Tijdschr Geneesk. 1998 Jan 3; 142(1):3-6
- SHINN LJ. *Yes, you can be sued*. *The nursing risk management series*. An overview of risk management. American Nurse Association Web site. Available: <http://www.nursingword.org/mods/archive> Ultimo accesso 19/06/06
- SCHÖN D. *Il professionista riflessivo*. *Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Edizioni Dedalo, 1993
- WHITE R. EWAN C. *Il tirocinio*. *L'insegnamento clinico del nursing*. Milano: Edizioni Sorbona, 1994
- ZANNINI L, SAIANI L, RENGA G. *Figure e metodi della tutorship nel Diploma Universitario per Infermiere*. Rivista dell'Infermiere 1998 (3):139-163
- ZOLLO G. *Il valore dell'errore nell'apprendimento*. Quaderni del Dipartimento di scienze dell'Educazione, Università di Salerno, 1990; 1:183-203.

Note

1. Dewey J. *Democrazia ed educazione*. Firenze: La Nuova Italia, 1949.
2. Popper K. *La ricerca non ha fine*. Roma: Armando Editore, 1978
3. Agassi J. a cura di Baldini M. *Epistemologia, metafisica e storia della scienza*. Roma: Armando Editore, 1978.
4. Baldini M. *Epistemologia e pedagogia dell'errore*. Brescia: Editrice La Scuola, 1986
5. Farnè M, Sebellico A. *La razionalizzazione*. Psicologia Contemporanea. Mar-Apr 1988; 86:49-51, Giunti Editore
6. Pecchio L, *La rimozione*, Vertici Network di Psicologia e Scienze Affini, www.vertici.it/rubriche/studi ultimo accesso 2 gennaio 2008
7. Morin E. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaele Cortina Editore, 2001
8. Schön D. *Il professionista riflessivo*. *Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Ed. Dedalo, 1993
9. Shinn LJ. *Yes, you can be sued*. *The nursing risk management series*. An overview of risk management. American Nurse Association Web site. Available: <http://www.nursingword.org/mods/archive> Ultimo accesso 19/6/06
10. Arndt M. *Nurses' medication errors*. J Adv Nurs. 1994 Mar; 19(3):519-26
11. White R. Ewan C. *Il tirocinio*. *L'insegnamento clinico del nursing*. Milano: Edizioni Sorbona, 1994
12. Schuling J, Conradi MH. *How to continue after an error in family practice?* Ned Tijdschr Geneesk. 1998 Jan 3; 142(1):3-6
13. Orlander JD, Barber T, Fincke BG. *The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error*. J of the Association of American Medical Colleges. 2002 Oct; 77(10):1001-06
14. Jeanguiot NP. *Learning by mistake*. *The status of error in the initial education of nurses*. Rech Soins Infirm. 2000 Sept; (62) :36-78

Abstract

In education an error is regarded as a learning sphere to be exploited so that changes may come about and a precept may be learned. We tried to analyze how this concept can be transposed to core nursing education, with an in-depth study of how students face up with errors (either real or potential) and how they manage to re-elaborate them with the aim of learning from them.

It is however important to underline the role of the tutor in handling errors that also involve the whole healthcare structure and the professionals involved in education: a role which requires not only educational but also relational and organizational competences inasmuch as tutors are institutionally part of the context of the whole system.

Errors in nursing education must be interpreted from the viewpoint of learning, but without forgetting that we must always be guarantors of the safety of the patient who is always our priority.

Key words: Error, Education, Core nursing education, Tutor, Learning

L'Area Critica: se tutti sapessero...

L'Aniarti anche per il 2007 con il Premio Letterario ha inteso incentivare e valorizzare la produzione scritta degli infermieri su tematiche connesse all'assistenza in Area Critica. L'elaborato poteva riguardare esperienze proprie o altrui, vissute o di fantasia, riflessioni, descrizioni, aneddoti, ecc... che favorissero una conoscenza più completa della realtà della vita degli uomini nelle strutture intensive e dell'emergenza.

Con la scelta del tema di quest'anno "L'area critica: se tutti sapessero...", il tentativo è stato di far diventare patrimonio di conoscenza pubblico e diffuso, l'attività di tutti i giorni con i suoi drammi, le sue speranze e anche le sue gioie; la durezza di pratiche aggressive ed invasive, a volte gli stravolgimenti colpevoli dei fini e dei mezzi, i moderni miti sulla presunta onnipotenza di farmaci e tecnologie e le relative irrealistiche aspettative sugli esiti, i contrasti stridenti tra l'aiuto all'uomo e le coercizioni a cui viene sottoposto...

Ma anche le lotte generose e rischiose per trovare soluzioni nuove a problemi irrisolti o appena identificati ed inattesi, le fatiche per adeguare un'organizzazione quanto mai complessa alle necessità impellenti, il prendersi cura fatto non solo di terapie e interventi, la partecipazione e la passione...

La descrizione di una storia continua per poter finalmente parlare di quegli aspetti ancora totalmente taciuti di un mondo sconosciuto ai più, soprattutto perché non esplorato.

Un piccolo contributo degli infermieri, i professionisti più vicini e coinvolti in questi problemi, perché i cittadini conoscano e quindi possano decidere meglio in futuro.

L'iniziativa si è dimostrata ancora una volta di interesse per molti colleghi e speriamo conduca ad una ancora maggiore e migliore produzione di riflessioni da proporre ad un pubblico che vada al di fuori dalla professione infermieristica. Anche in questo modo gli infermieri diventeranno elemento vivace della comunità.

Inoltre, il premio vuole essere uno strumento per creare opportunità di formazione per gli infermieri ed è vincolato ad un utilizzo per la partecipazione ad iniziative con questo scopo nel campo dell'assistenza in Italia o all'estero.

I due vincitori, ai quali vanno i nostri complimenti:

1° premio:

Federica Manfredi
Auronzo di Cadore (BL)

con: "L'aldiquà"

Motivazione:

Reale e struggente, "l'aldiquà" di una terapia intensiva, visto con la sensibilità di una figlia e gli occhi di un'infermiera. Una narrazione intimista, linguaggio ricco e colto, un'ampia capacità di riflessione, un grande sentire. Una voce continua in presa diretta con i sentimenti, pur intessuta nel razionale di contesti professionali. L'umanità vince senza eccessi retorici, con il linguaggio del cuore.

2° premio:

Barbara Gazzini
Firenze

con: "Ho sempre avuto una sorta di..."

Motivazione:

Originale lo spunto, linguaggio scorrevole e brioso, narrazione vivace, pertinente e sagace. Interessante come sia stata affrontata la tematica drammatica della morte cerebrale e della donazione in modo leggero e quasi umoristico, per condurre il lettore verso il riconoscimento della donazione come atto solidaristico in sé e spinta motivazionale all'agire professionale.

Un particolare ringraziamento va anche a tutti i colleghi che hanno voluto partecipare al concorso con un loro lavoro. Ci riproponiamo di diffondere alcuni di questi lavori presentati e non classificati tra i vincitori ma ritenuti di maggior coerenza rispetto al tema proposto e di più efficace linguaggio narrativo.

L'aldiquà

Inizio a scrivere con un po' di frenesia tra le mani, con quella sottile tensione così familiare che accompagna da un po' le mie riflessioni: ho un dolore aggroviato, confuso e pungente che mi suggerisce le parole e chiedo venia fin da ora se a tratti sembrerò alti-sonante, stonata o provocatoria.

Nella brulicante sala d'attesa davanti alla porta della rianimazione tante volte ho pensato **"se tutti sapessero come ci si sente stando fermi qui, al di qua della porta..."**

Il dolore pietrifica, fa assumere posizioni granitiche nell'attesa snervante; braccia conserte e corpo ricurvo come a voler trattenere l'incontenibile, come ad abbracciare e tenere strette dentro l'anima tutte le speranze, senza permettere ad alcun alito di scoramento di sussurrare. Mio padre lì dentro, oltre quella porta così meccanica e perfetta nell'aprirsi e chiudersi celando ermeticamente i "segreti" della vita e della morte all'interno del reparto.

Io lì fuori, in una posizione convessa sul dolore e in qualche modo antalgica, seduta su una sedia probabilmente molto scomoda. La sedia più vicina alla porta o almeno quella con la migliore visibilità, quella da cui avrei potuto carpire più dettagli, rubare più sguardi ai medici, decifrare i passi degli infermieri che entravano e uscivano. Sempre frenetici, grazie a Dio.

Ricordo come guardavo i miei colleghi infermieri: troppo professionali, troppo svelti, troppo bravi, troppo indaffarati, troppo seri, troppo puntuali. Il "troppo" è un'iperbole, perché in momenti così struggenti, tutto è smisurato e pletorico. La fretta infastidisce perché non corrisponde a un'accelerazione della giornata, non scandisce il tempo in modo più generoso: è semplicemente velocità che va a infrangersi contro l'immobilità del dolore, contro la staticità di quelle pareti squallide.

Tutto è irragionevole perché Speranza e Disperazione cercano compromessi, ma producono solamente paradossi. Ecco il paradosso di tutti i pensieri che satellitavano intorno alla porta: se rimaneva

chiusa troppo a lungo era inquietante perché sicuramente dentro stava accendendo qualcosa di irrimediabile.

Se alcune persone uscivano... **oddio ma dove vanno? E se succede qualcosa? Quanti saranno rimasti con i pazienti? Perché non tornano?**

Se altri operatori entravano era evidente che c'era un'emergenza e avevano chiamato rinforzi. **Dio, ti prego fa che non stia male il papà; chiunque altro, ma non lui, ti prego, ti prego...**

Sapevo che le persone sedute vicine a me, anch'esse avvolte nel loro scialle di disperazione, avevano suppliche e pensieri uguali e contrari ai miei.

Così per ore, a elaborare immagini schizofreniche bagnate di superstizione e di fede, di coraggio e di lacrime troppo salate e calde sulle guance amaranto.

Ore e ore passate a farcire i minuti di supposizioni, di critiche, di illazioni, di scongiuri, preghiere e imprecazioni. Gli stessi sguardi smarriti intorno: al bar come nella chiesetta era ormai inconfondibile lo sguardo annacquato di coloro che vivevano nella stessa dimensione, nell'aldiquà della porta...

Ore a prendersela con il destino, con le risate e le chiacchiere urticanti degli ignari che scendevano le scale, con i telefonini che squillavano noncuranti del mio dolore, con le pagine dei quotidiani che pubblicavano solo ostentate banalità, con i medici che non si soffermavano un istante in più, quell'istante che mi sarebbe bastato per travolgerli con uno sguardo interrogativo e disarmonante. Sanno bene che non bisogna esitare sulla soglia di quella porta, occorre veicolare un messaggio rassicurante di efficienza. Anch'io sopra la divisa ho dovuto talvolta dipingermi quello sguardo: sapevo che tanti occhi erano pronti a scrutare i miei, dovevo rimanere custode imperscrutabile delle informazioni ed ero invasa da una strana sensazione mista di onnipotenza e solennità. La presenza permanente della morte in questi reparti rende la vita quasi impalpabile, rende atroce il bisogno bambino di guardare, di accertarsi che un cuore continui a battere, che il suono delle insufflazioni del respiratore continui, ritmico, a scandire la vita. Si amplifica la

necessità di percepire la realtà attraverso i sensi: avevo un bisogno irrimandabile di toccare mio padre, prendere le sue mani, appoggiarle sulle mie guance, respirarne il profumo... per poi rendermi conto che non era più il suo, era imbrattato, inquinato da chissà quale disinfettante. **Ma come si sono permessi? Dov'è il suo profumo? Il MIO profumo...di MIO padre...dove l'avete messo?**

Avevo bisogno di vedere se era vero quello che mi dicevano i medici, se il coma era davvero così profondo... **ma come diavolo si misura la profondità? Non vedete che il suo cuore accelera quando gli parlo? Non vedete che forse mi ha stretto la mano? Mi sembra...piano piano...lo ha fatto. Forse. Ne sono sicura. Non vedete che ha gli occhi lucidi? Sentirà dolore? Sentirà la mia voce? E io sentirò ancora la sua voce? Sentirò ancora la magia delle note del suo pianoforte? Lo vedrò ancora con la sua camicia color antracite? Era così bello con quella camicia...e con il suo profumo di pelle e dopobarba.**

In fondo l'arresto cardiaco è durato solo due minuti, non ci possono essere danni corticali irreversibili! Lo so, l'ho studiato anch'io. Mi avranno detto la verità? Ma perché i giorni passano, le settimane si accatano, i mesi scorrono maledettamente e lui non si sveglia?!

Un'ora al giorno, sessanta minuti da dividere con la mamma e due fratelli per stargli accanto, per sussurrargli frasi poco convincenti perché diluite dal pianto, parole sottovoce che invece avrebbero avuto bisogno di tutto il fiato: non si può non urlare l'amore di una figlia per il padre, di una moglie per il proprio sposo.

In rianimazione, invece, solo i singhiozzi discreti interrompono i bip e i silenzi: c'è pudore verso un dolore così devastante.

Oltre la porta c'è la sacralità della sofferenza.

Oltre la porta c'è una corsa lunga quanto il corridoio per andarsi a infagottare con camici, calzari e mascherine, velocemente per non perdere altri istanti, poi c'è un'altra corsa goffa verso il letto e la solita stiletta al cuore, identica a quella del giorno prima nel vedere le sue condizioni immutate.

Papà ma ancora dormi? In fondo qui è noioso, sempre i soliti suoni metallici,

sempre le stesse cose, gli stessi monitor, le stesse ombre che vanno e vengono dal tuo letto. Chissà se ti parlano...ti spiegano tutto quello che ti fanno? ti chiedono il permesso?

Vedo i lividi intorno ai suoi capezzoli e sento già il sapore amaro di una sentenza indigesta. Tiro più su il lenzuolo, è meglio che la mamma non veda.

Ho voglia di restare qui così, a cercare di percepire la sua anima, che sia nel suo corpo o chissà dove, ho voglia di restare con le mie dita intrecciate alle sue, imprigionata in questa bolla iridescente che attutisce i suoni, edulcora il dolore, intiepidisce gli spasmi. **State tutti fermi, immobili, vi prego, non fate tremare le pareti della nostra bolla...**

È una situazione anche questa paradossale, fatta di ipertecnologie, di macchinari sin troppo noti, di suoni e immagini digitali che si confondono con il profumo di citosil. È una situazione asettica che in quei sessanta minuti si trasforma in una culla di sensazioni viscerali, ataviche, riportate in vita dal soffio della nostalgia, dal ricordo di quando ero bambina e lui mi stringeva le mani tra le sue per scaldarmele, dalla certezza che con lui vicino non mi sarebbe mai capitato nulla di male, dalla forza che il suo corpo nudo e intubato ancora sapeva trasmettermi.

Fammi capire che mi senti, papà. Fammi capire che senti le mie parole, le mie carezze...

Glielo facciamo vedere noi a questi che credono di sapere tutto, che sparano sentenze atroci, non sanno nemmeno cosa dicono. Coma irreversibile. Ma fatemi il piacere! Vero, papà?

Avevo così tante cose da dirgli, che ormai le giornate erano fatte di ventitré ore per raggruppare e ordinare pensieri, sospiri, immagini, domande, ricordi, più un'ora per parlargli condensando tutto. Dovevo assolutamente ricordare e sigillare le ultime frasi che ci eravamo detti al telefono, la sera prima dell'intervento; sicuramente qualche frase banale, di circostanza, per fingere una certa tranquillità. **Stai tranquillo papà, dormi sereno, domani a quest'ora è già tutto fatto. Domattina presto prendo il treno e vengo a salutarti prima dell'intervento, la mamma è già lì.**

A domani...

Mi sembrava calmo. Ma come ho fatto a non capire? Da lì a poche ore gli avrebbero aperto il cranio e io non ero lì ad ascoltare le sue paure, ad

aspettare con lui l'ora dell'intervento. Il giorno dopo ovviamente il treno era in ritardo e l'intervento ovviamente era stato anticipato.

Non l'ho nemmeno salutato.

La mamma mi ha detto che sembrava tranquillo, di certo per non farci soffrire aveva scelto accuratamente l'espressione del viso da indossare, come una cravatta ben annodata adatta alla circostanza e alla camicia. Ci amava troppo. I medici avevano previsto che l'intervento sarebbe durato tre-quattro ore: le prime tre ore sono state insopportabili. Le quattro successive impossibili. Le ultime due ingestibili. Più di nove ore di intervento senza ricevere alcuna informazione: quando di rado vedevo qualcuno uscire dal comparto operatorio lo investivo di domande con una gentilezza impacciata e disadorna. **Non so nulla, non posso rilasciare informazioni, deve aspettare che esca il medico.**

Nove ore in una sala d'aspetto sobria, a tamburellare le dita sul piano di un tavolino di legno graffiato e inciso dalle unghie di chissà quali mani irrequiete. Incisioni fresche, altre datate: ferite simboliche che tracciavano trame di altre storie, altre attese, altre sofferenze. Ma il dolore degli altri, specie se già passato, in quei momenti è indifferente.

Nove ore senza che un viso compiaciuto e soddisfatto ci venisse incontro come invece accade in tutti i film. Senza risposte e con troppo tempo a disposizione per scongiurare il peggio e sperare il meglio.

Finalmente l'intervento è terminato e abbiamo avuto un breve colloquio con i neurochirurghi.

Il tumore era benigno, ma era molto vascolarizzato e coriaceo. Abbiamo fatto del nostro meglio, direi che l'intervento è riuscito. Ora è in rianimazione, in coma farmacologico indotto, non potete vederlo fino a domani.

Eravamo tutti esausti; noi per l'attesa, i medici per la concentrazione ostinata di tante ore di intervento. Poche parole, scarse e domande invischiata, incapaci di tradursi in suoni comprensibili.

E, comunque, un'infinita riconoscenza.

Ricordo una sensazione strana, appena uscita dall'ospedale, come se stessi faticosamente trascinando l'ombra del mio corpo fuori da lì, tra le vie sconolate di Milano a spazzare le strade dai resti di una giornata ormai svestita. L'ultimo sguardo come da copione verso la fine-

stra, la mamma così piccola sotto braccio e le nostre ombre dietro di noi come mantelli pesanti.

Dormi papino, è andato tutto bene. Volevo salutarti stamattina e non ho potuto. Volevo vederti stasera, ma non hanno voluto... Dormi, ci penso io alla mamma. La tengo vicina a me tutta la notte e domattina corriamo da te. Dormi...

Era da tanto che non dormivo con la mamma e forse non era mai successo che sentissi di doverla proteggere dal suo cuore che gocciolava paura e amore insieme. La sentivo piangere nel buio e non avevo parole adeguate da dire, io che so sempre cosa devo dire... La mattina dopo appena arrivate in ospedale, ho braccato la prima figura che ho scorto e senza troppe smancerie ho chiesto di avere notizie di mio padre. **Le mando subito il medico, vi deve parlare.**

Lo abbiamo atteso per un'eternità di qualche minuto; eravamo in piedi nella sala d'attesa, ha iniziato a parlarci inciampando nelle sue stesse parole imbarazzate, non sapeva come dirci che mezz'ora prima, durante una TAC, il papà aveva avuto un arresto cardiaco. Ha romanzato un po' il discorso forse per sembrare più credibile, ma non esiste poesia, né prosa in queste comunicazioni. È durato solo due minuti, lo hanno defibrillato e il suo cuore ha ripreso a battere.

Voglio vederlo!

Potete vederlo solo stasera durante l'orario di visita, adesso non è possibile.

Devo vederlo...

Allora ho giocato la carta che avevo tenuta nascosta fino a quel momento: "Sono infermiera, capisco cosa mi sta dicendo, per questo ho bisogno di vederlo!"

Ero convinta di avere un passepartout per le informazioni e per le porte che mi separavano da mio padre e invece sentivo un imbarazzo crescente e incomprensibile nella situazione che si era creata e incagliata. Mancavano dei frammenti di discorso... ma chi lo ascoltava più? Alla parola "arresto" mi si è arrestata la ragione, ho sentito il sangue gorgogliare nel turbinio delle domande.

Purtroppo questo medico, forse troppo inesperto per reggere la mia incalzante pressione, si è tradito sulla durata dell'arresto: prima ci aveva riferito che era

durato due minuti, poi cinque, poi sette. **Hai paura anche tu, papà? Adesso spacco la faccia a qualcuno se non mi fanno entrare. Dio mio...**

Chissà che paura hai avuto...hai sentito la vita scivolare via, papà? Tienila forte appiccicata a te, ti prego, non lasciarti andare adesso. Ho bisogno di te.

Non ho mai detto a mio padre quanto avessi bisogno di lui.

Avrei voluto prendere per mano la mamma e portarla lì, vicino al suo letto; il loro amore di certo li avrebbe rianimati tutti e due, e invece è iniziato in quel momento il rituale paralizzato della sala d'attesa.

Giorno dopo giorno vedevo la mamma esfoliarsi dal dolore, con lacrime e lacrime infilate una ad una come grani di un rosario.

Proibivo ai medici di parlare con lei, volevo tradurle e addolcirle le sentenze, volevo evitarle impatti bruschi, ma ho capito solo dopo che lei abita da sempre la mia anima: capiva tutto prima di me e forse mi lasciava credere di essere utile perché conosceva bene quella sensazione glaciale di impotenza.

Oltre la porta della rianimazione c'è un'area immacolata in cui si percepisce nitidamente quanto sia frammentato, talvolta sovrapposto, il confine tra la vita e la morte. Vita e morte si compenetrano, si sorpassano, si comprendono, si equilibrano. Con la fronte appoggiata al vetro ho pensato spesso alle volte in cui, davanti alla vetrata del nido, mi sono fermata ad ammirare i neonati, sorpresa dal miracolo della vita. In fondo uscire dal coma è un po' ritornare in vita, nascere e nuovamente lasciarsi ammalare e sorprendere dalla vita.

Ho imparato a parlare con mio papà in coma solo dopo un po' di tempo, all'inizio avevo solo pensieri intensi, coagulati nel cuore. Tentavo di trasmettergli tutto aumentando l'intensità delle carezze; la voce rimbombava come in una cassa di risonanza sproporzionata, non sopportavo la mia voce perché mi faceva avvertire ancora di più quanto fosse assordante il suo silenzio.

Sentivo la presenza discreta e rassicurante degli infermieri, mai inopportuna, mai sconveniente; era solo un pensiero caldo. Sapevo che mio padre era in quelle condizioni a causa di un errore; lo avevano trasportato senza attrezzarsi per l'emergenza e quando ha avuto l'arresto cardiaco non c'era il defibrillatore.

Nonostante questa consapevolezza non riuscivo ad avere pensieri caustici: oltre la porta riuscivo solo a sprofondare nella tenerezza, forse per non perdere nemmeno uno di quei minuti indispensabili e centellinati che avevo a disposizione. Era una tenerezza costruita sull'impalcatura di tutti i sapori, i suoni, le immagini del mio rapporto con lui probabilmente dal mio primo giorno di vita in poi. **Sei comodo così? Hai caldo? Aspetta che ti giro il cuscino così senti un po' di fresco. Hai paura papà? Senti dolore? Hai visto com'era bella la mamma ieri? Ti bacio sulla fronte come facevi tu con me quando dovevo partire...**

Ho imparato a parlare con lui fingendo una normalità impossibile, ho imparato anche a raccontargli alcune cose sorridendo e ogni giorno quella situazione strampalata fatta di luci innaturali al neon, di suoni artificiali, di camici, lenzuola e teli troppo bianchi diventava più familiare. Dopo un po' riuscivo anche a cantare per lui mentre lo pettinavo o mentre gli massaggiavo la crema sulle mani. Volevo ripristinare i suoi odori, le sue forme, la sua pettinatura nonostante la ferita così deturpante sulla testa, le sue posture naturali nonostante fili, tubi, cateteri e sonde vari. Lo facevo perché mi stavo costruendo una realtà imbastita sul rifiuto ad ammettere che mio papà, proprio il mio papà, fosse lì dentro, rinchiuso in un corpo inerte, incapace di uscire dalla gabbia del suo stesso corpo, imbragato dentro muscoli e ossa e nervi che non rispondevano più.

Un giorno ero da sola nella sala d'attesa e un medico compiacente mi ha chiesto se fossi io la figlia infermiera. Ho annuito e mi ha fatto segno di seguirlo.

"Devo fare a suo padre i Potenziali Evocati, vuole essere presente?" Certo che lo volevo! Un supplemento extra e inatteso di minuti nel mio bonus quotidiano e poi "potenziali evocati" suona bene, andiamo a evocare le sue potenzialità, a svegliare i suoi sensi assopiti! Ovviamente è stato un momento orribile; ho visto il suo corpo trafitto da decine di aghi e avrei voluto supplicare quel medico di smettere, mi sentivo trafitta nella pelle e nell'anima. Sono corsa fuori e ho dimenticato di portare via con me le poche speranze che avevo custodito fino ad allora.

Mi chiedo ancora oggi se che quel medi-

co volesse ottenere esattamente questo...
la mia maggiore consapevolezza.

Il fatto è che non esiste un modo giusto
per dire una cosa sbagliata.

Quando si deve convivere con una ferita
così angosciata, tutto appare fuori
luogo, fuori tempo, aritmico, stonato,
sincopato; ogni parola appare senz'altro
di cattivo gusto, per niente puntuale e
scevra di significati universalmente rico-
nosciuti. Ho scoperto un linguaggio,
quello del dolore, che segue una sintassi
incomprensibile, che evoca questa
volta davvero dei potenziali emotivi
inaccessibili. Ho imparato ad avvicinar-
mi al dolore, a lasciarmi vivere dal dolore
per poterlo sacrificare (etimologica-
mente *sacrum facere*: rendere sacro).

Mio papà amava la filosofia, era abile
con le parole e sicuramente se fosse
uscito dal coma ora mi avrebbe aiutata
volentieri a trovare un finale decoroso a
queste pagine scarabocchiate.

Amava la musica e suonava il pianoforte
con una dolcezza struggente, quindi
lascio la responsabilità di questa con-
clusione alle parole di una canzone.

"Le mie parole sono sassi,
precisi, aguzzi, pronti da scagliare su
facce vulnerabili e indifese,
sono nuvole sospese, gonfie di sottintesi
che accendono negli occhi infinite attese,
sono gocce preziose, indimenticate, a
lungo spasimate, poi centellinate,
le parole che ho detto oppure ho creduto
di dire, lo ammetto..."¹

¹ "Le mie parole" di Samuele Bersani

REGIONE CAMPANIA

Napoli 14 – 15 – 16 Maggio 2008

LA MORTE ENCEFALICA, UNA CULTURA PER LA VITA

Aula Magna Giunta Regionale della Campania
Centro Direzionale – Isola C3 Palazzo Assessorato alla Sanità Napoli

Corso per Medici e Infermieri
Richiesta accreditamento ECM

- Patrocinio:**
- Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I
 - Collegio I.P.A.S.V.I. Napoli
 - Assessorato alla Sanità Regione Campania
 - O.C.S.T. (Organizzazione Centro Sud Trapianti)

Motivazione

L'informazione e la formazione circa l'accertamento della morte è ancora un punto critico in molti ospedali della regione e in alcune rianimazioni. Tale carenza si riflette sugli standards assistenziali e su processi di identificazione delle morti encefaliche e dei potenziali donatori d'organo. La problematica è particolarmente sentita poiché la gravità e la complessità di alcune patologie non ha altra cura se non il trapianto. Senza donazioni non si possono incrementare i trapianti. Ma la scelta della donazione, dettata da un grande senso di altruismi e d'amore, non può e non deve trovare impreparati gli operatori del settore.

In risposta alle suddette criticità si continua il percorso di formazione per gli operatori del settore, già iniziato negli anni scorsi, e finalizzato allo sviluppo di attività assistenziali ad elevata competenza sotto l'aspetto sia tecnico-scientifico, che deontologico, coinvolgendo anche professionisti della formazione, dell'informazione e della cultura religiosa.

Obiettivi Generali: aggiornare e formare gli operatori del settore circa gli obblighi istituzionali nell'individuazione dei soggetti in morte encefalica, eventuali potenziali donatore d'organo.

Specifici: individuare lo specifico professionale; acquisire conoscenze ed abilità nella individuazione e trattamento del potenziale donatore d'organo e nella comunicazione efficace con la famiglia, con il territorio e la società.
Conoscere i concetti di bioetica e di deontologia professionale.

Modalità di iscrizione (on line mediante il sito www.aniarti.it)

- Socio 2008 (16,67 + 3.33 iva) € 20
- Non socio (41,67 + 8.33 iva) € 50
- Quote per i medici € 60
- * Pacchetto iscrizione Convegno + Iscrizione Associazione 2008 € 50
- * Le quote per l'iscrizione al convegno vanno versate sul c.n.10232338 intestato a Aniarticoop.Via Piemonte 38/2 - 33010 Tavagnacco (UD)
- * Le quote per l'iscrizione all'associazione vanno versate sul ccp. n.11064508 - Via Val di Sieve 32 50127 Firenze

**Confermare l'iscrizione e l'avvenuto pagamento a mezzo fax al seguente
N° 0815634346 – 0812542736**

Segreteria Organizzativa

Bianchi Giuseppe - 339 5687771

D'Acunto Concetta - 339 8957010

Per ulteriori informazioni www.aniarti.it cliccare Regione Campania

De Crescenzo Tonia - 338 9420956

Bufalino Giovanni - 333 3785709

di Barbara Gazzini, Infermiere T.I. Emergenza - AOU/Careggi

Ho sempre avuto una sorta di...

Ho sempre avuto una sorta d'ammirazione sfrenata per coloro che realizzavano da adulti il loro sogno di bambini; e mi piace pensare che io faccio parte di uno di loro!

Desideravo tanto essere qualcuno che aiutava gli altri o che realizzasse qualcosa per gli altri; curare il prossimo, per esempio, o costruire case e strade: nessuno ci pensa mai ma immaginate che gran lavoro hanno fatto tutti coloro che si sono prodigati per darci un tetto sopra la testa o spianarci la strada per consentirci di raggiungere il mare in solo poche ore. Per la realizzazione che bramavo ho sofferto un po' per aver dovuto subire una serie di "violenze" che trascendevano la mia volontà fino a quel faticoso giorno che ricorderò per tutta la mia "seconda vita".

La mia utilità non è di poco conto; sono importante anzi oserei dire necessario ma la mia è una vita che sovente si tramuta in sottomissioni che mi portano ad ammalarmi se gli abusi sono frequenti o se l'ereditarietà riveste l'elemento fondamentale per la mia sopravvivenza.

Alloggiavo dentro Luca e "lavoravo" per garantire la "filtrazione" e "l'eliminazione" di tutto, o quasi, quello che era impuro depurando anche per lunghi periodi fiumi di vere e proprie schifezze. Altre volte invece, grazie alla clemenza di colui che mi dava lavoro, ho trascorso dei periodi di "benessere" che ricordo con piacere ma purtroppo per me sono stati esigui.

Poco rispetto per chi lavora alacremente senza mai tradire la missione alla quale è chiamato ad adempiere! Mai un contegno o una ricompensa o qualche atteggiamento di benevolenza!

E dire che Luca non se la passava male, anzi, bella persona distinta, compita, educata erudita ma quel difettuccio di adorare lo sballo e il "profumo dell'Whisky" come lo chiamava lui, a me non andava proprio giù!

Ricordo che fin dalle sue prime Cause era così attento a tutto quello che lo circondava che mi dava l'impressione avesse tendenze maniacali tanto era metodi-

co nella palestra, ligio sul lavoro, nell'alimentazione biologica. Dopo qualche anno il lavoro aumentò in modo esponenziale e i successi si susseguirono tanto che il suo tenore di vita s'impennò notevolmente.

Insieme abbiamo visitato luoghi bellissimi, spiagge caraibiche ogni Natale per la sua, diceva, "insofferenza" al freddo, paesaggi suggestivi come Petra la città scolpita nel deserto della Giordania.

Era sempre fuori per lavoro in consulenze, riunioni, incontri vari al termine dei quali tutto si concludeva con un aperitivo di qua, una cena di là o una colazione di lavoro di sopra, che tutto erano fuorché colazioni: del latte non c'era nemmeno l'ombra! Ma più le cose andavano bene più lui voleva: era diventato avido di successo e non si faceva scrupoli davanti a niente e nessuno. Eh sì, tante belle cose ma bisogna saper gestire il successo e Luca non c'è riuscito!

L'inerzia del bere si era messa in moto e lo stava trascinando giù con sé! Ilaria l'amore di sempre, nato nei giardini sotto casa, vedeva la sua metamorfosi e cercava, per quel che poteva, di ricondurlo lungo la strada, ma si accorgeva delle sue innumerevoli bugie e della bella faccia tosta. Una sera rincasando dopo un brunch fuori porta entrò in casa più alticcio del solito e scoppiò l'ennesima lite. Discussero animatamente e lei in lacrime, presa dalla stanchezza lo cacciò di casa.

Lui per farsi passare il malumore affondò i pensieri in quei due bicchieri di whisky che gli furono fatali.

Uscì, si mise al volante e l'acceleratore prese il sopravvento ... nella curva dietro alla piazza perse il controllo e lo schianto fu fortissimo e inevitabile.... Una botta tremenda!! tutto l'intestino intorno a me si è schiacciato e mi ha compresso nella mia "loggia" l'airbag ha compresso lo sterno e tutto ciò che funzionava nella gabbia toracica in quel momento ha esitato un attimo, il cuore ha fatto un sussulto e la voce si è spezzata per sempre con un "Aiuto!".

Ero frastornato! Che è successo? Non capivo, Luca non si muoveva il sangue fluiva come mai aveva fatto fino a quel momento amaro dell'alcool che aveva

bevuto e tutto dentro di lui era stravolto compreso me!

Quelli attimi sembrarono eterni: un silenzio mi avvolgeva e il dolore mi trafiggeva come una lama che si infila diritta nella carne. D'un tratto il mormorio della gente e qualche parola: **"Respira, ma sarà vivo ..."** seguita dal suono delle sirene...

Immobili siamo finiti sul letto della Stanza Codice Rosso del P.S. e li siamo rimasti per un bel po' di tempo ...che impressione è stato vivere quell'incidente. C'erano medici ed infermieri che si muovevano frettolosamente intorno: prelevarono il sangue, eseguirono manovre d'ogni sorta e ci attaccarono ad un monitor per controllarci costantemente le funzioni vitali. Di Luca non c'era notizia... Era rimasto immobile dopo lo schianto. Sentivo il dottore che parlava di Trauma Chiuso e che la Diagnostica era necessaria per poter procedere.

La prognosi era **"Riservata"** e le condizioni di Luca erano apparse subito gravi. Per respirare aveva un tubo endotracheale (mi pare si dica così perché non ho molta dimestichezza con il gergo medico) attaccato ad una macchina di nome Servo 900 C che a dire il vero il nome mi faceva venire in mente CT P8, l'automata di Guerre stellari, più che una scatola che aiuta a vivere quando il polmone è un po' **"pigro"** e la condizione fu espressa con uno strano valore chiamato Glasgow Coma Scale seguito da un numero che credo fosse 3 ... non so però se il valore fosse buono o meno.

In P.S. si sono susseguiti per tutte le 6 ore che siamo rimasti, una serie infinita di medici specialisti di quasi tutti i distretti del corpo, dal rianimatore al neurochirurgo dal chirurgo all'ortopedico per giungere al nefrologo e questa paranza di gente non mi faceva sperare per il meglio visto che Luca non accennava in alcun modo a muoversi: e poi dicono che in ospedale vige l'assenteismo!!

Finalmente dopo aver terminato la Total Body, che suonava più di trattamento di bellezza che di esame diagnostico, ci hanno ricoverato in un reparto di Rianimazione. Con qualche scossone ci hanno trasbordato dalla barella su di un letto morbidissimo e leggermente caldo... Era un materasso gonfio che serviva a prevenire l'impiegamento della cute! Ma quante cose ci fanno questi??? Mi girava tutto e sentivo il dolore attenuarsi ed esacerbarsi con delle trafitte potenti alla parte superiore. Un'infinità di

rumori colonizzava questo reparto; un'alternanza di suoni più o meno alti risuonavano nella stanza, luci che si illuminavano ad intermittenza.... Che confusione!! Dicono dell'inquinamento atmosferico, ma degli orecchi di quelli che lavorano in questo posto??? Io non CE LA FAREI MAI.... Ancora adesso ricordo bene quel giorno!!!

L'indomani mi sono svegliato con il tepore del sole mattutino e sentivo due voci femminili che parlavano mentre stavano facendo il bagno a letto a Luca.

Ero rintontito dalla botte e ancora dolente ma riuscivo a percepire i loro discorsi e la musica in sottofondo. Sabrina, ricordo il suo nome, stava a destra si occupava delle gambe e del pube mentre Silvia della bocca e del tronco; il profumo del sapone mi metteva di buon umore e il sapere che Luca era curato da queste deliziose infermiere mi faceva stare tranquillo. Lo lavarono da capo a piedi; si occuparono meticolosamente della bocca e della disinfezione delle ferite che aveva riportato nell'incidente. Ascoltavo interessato i loro discorsi mi piaceva conoscere queste nuove persone: Sabrina era fidanzata ma non era felice, diceva che oramai era una storia chiusa e che in verità era attratta da un altro uomo che Silvia sembrava conoscere bene. **"Si vede benissimo che siete attratti l'una dall'altro e non so che cosa aspetti a farti avanti!"** diceva Silvia **"Lo so ma Gianni non lo capisco.... Qualche volta mi considera altre no e poi lo sai come la penso sui dottori!!"**

Passarono poi dal letto anche Sebastiano, Monica, Sergio, Marco e forse qualcun'altro di cui non ricordo il nome ma tutti con il medesimo impegno e partecipazione alla cura di Luca e devo dire che mi sono fatto una cultura in medicina intensiva non indifferente: adesso riconosco perfettamente l'allarme **"sirenico"** del monitor nei momenti topici, da quello bradipo che allarma per un elettrodo staccato, i diversi suoni che si avvertono dal Servo 900 C oppure l'inconfondibile altalena del Servo 300... quello che preferisco è il Servo I. Nuovo ventilatore fighissimo!!!

Non avrei mai pensato che lo spreco d'energie qui fosse così notevole; il frastuono rimbomba negli orecchi costantemente l'attenzione è sempre al massimo perché qui la vita di coloro che popolano il reparto è il più delle volte legata ad un filo, e come deve essere difficile rimanere inermi davanti allo strazio dei parenti

di tutti quelli che si sono inguaiati per mano propria o altrui rimandando caso mai le ansie ed i pensieri agli affetti che in questo momento dormono sereni. Impensabile parlare d'empatia e non riflettere sulla propria vita le dinamiche di coloro che stai assistendo e allo stesso tempo nel tuo profondo esorcizzare il pensiero che a te non capiterà mai lo stesso o che comunque hai una chance di meno degli altri perché conosci i rischi... ma in realtà non è così perché tutti questo non lo sanno, ad eccezione di chi l'ha provato, anche indirettamente, come si vive e come si affronta un posto ed un lavoro del genere!

Quanti studi e aggiornamenti sulla spalle, poi vedi e vivi impotente la sofferenza del male che distrugge serenità, amore e speranze; lotti per far sì che il tuo lavoro sia riconosciuto e che le soddisfazioni prevalgano sulle maldicenze pubbliche che si propagano dalla parrucchiera al macellaio e non c'è mai o perlomeno raramente, nessuno che ti dica pubblicamente Bravo!! Ma la consapevolezza che stai facendo qualcosa di importante e che il giorno che ti svegli di cattivo umore comunque non ti senti incompleto e non ti devi reinventare per poter continuare, è l'essenza che ti fa dire che il tuo è un lavoro bellissimo che non cambieresti con nessuno al mondo!

Forse se tutti sapessero i drammi che si consumano quotidianamente qui si potrebbe ... capire tutto di più!

La midriasi improvvisa di Luca aveva sentenziato la sua condizione clinica: era un **"Potenziale donatore"** che poteva aiutare chissà chi a ritrovare la gioia di rivivere di nuovo.

Iniziiò un gran movimento intorno al letto e fui sbattuto su di una barella di nuovo per controllare quello che era accaduto nella testa. La risposta fu chiara: Ematoma sottodurale massivo...

Ebbi il sentore che qualcosa di drammatico di lì a breve sarebbe accaduto, ma nello stesso tempo il presentimento di qualcosa di bello per me... Il resto della giornata scivolò via con le quotidiane visite di Ilaria e di Elena, la mamma di Luca, che vestiti con quei camici verdi espletavano alle consuete visite di rito e i soliti discorsi di circostanza: "Luca ciao siamo noi ci senti? Oggi è martedì e fuori è sempre caldo. Ti salutano tutti... Andrea, Giovanni". Ilaria non riuscì a trattenere le lacrime e scoppio in un pianto... I medici gli avevano detto che non c'era più niente da fare.

L'indomani un nuvolo di camici bianchi si accerchiaron sul letto con l'intento di iniziare la procedura d'Accertamento... Luca fu accuratamente ispezionato con l'EEG che segnò l'inizio della C.A.M.

Una marea di provette di sangue era adagiata su un tavolino insieme ad una busta bianca con su scritto **"Potenziale Donatore"**: allora era vero Luca stava morendo ed io che fine avrei fatto???

Ricordo che la Commissione deputata all'Accertamento Morte si riunì tre volte e provò, come da prassi, ad effettuare tutti i test stabiliti per confermarne la morte. Nelle 6 ore che intercorrevano al black out, Luca non dette alcun segno di sé.... Ilaria che era cresciuta con lui per ben 26 anni non poté che rassegnarsi al volere della legge e prendere coscienza del fatto che nonostante il suo amore l'avesse accompagnato non spettava a lei la decisione di svelare la volontà di Luca; convivevano e per le coppie di fatto non è previsto decidere della volontà del compagno... piangeva impotente in un angolo e malgrado tutto, mostrò un contegno che non avrei mai pensato potesse avere in questa circostanza... Il buon senso di Elena prese il sopravvento e dopo l'ultimo colloquio con il medico, le chiese di decidere per lui... Ilaria dette il consenso all'espianto...

Rimasi frastornato della notizia... io che ero tolto dal corpo di Luca per tornare a vivere in quello di un altro! Sinceramente non me lo sarei mai aspettato, ma la consapevolezza che avrei potuto aiutare qualcuno a ritrovare la **"vita"** mi riempiva di gioia Luca era favorevole alla donazione degli organi, n'avevano parlato insieme una sera con Ilaria, quando finì di leggere la Prosivendola di Pennac dove l'inconsapevole gemello-omicida, Kramer, dona a Benjamin tutti i suoi organi !!... La storia tragicomica del libro fece da spunto per entrare nell'argomento e confrontarsi su delicato tema dei trapianti: **"Tu che vorresti Luca?"**. **"Se tu dovessi esprimere la mia volontà, donami perché io vorrei così"**

Alle 19.30 del 25 maggio fu l'ultima volta che vidi Ilaria; i suoi grandi occhi marroni erano colmi di lacrime che scendendo gli rigavano il viso segnato dalla difficoltà dalla scelta che aveva fatto.

Con la barella e tutto dovutamente monitorizzato ci trasportarono in Sala Operatoria, ricordo solo tanti occhi, camici verdi e il preludio del primo atto de La Traviata, che in sottofondo accompagnava l'intervento... poi tutto intorno a

me assunse l'aspetto del mare che leggero ti trasporta e ti culla, ricordo la mano liscia del guanto di qualcuno che mi abbracciava con dolcezza, ma ero troppo debole per reagire.... Sentii il freddo irreale della sala operatoria e percepì una luce che non avevo mai visto prima ma che era la luce, anche se della scialitica io che ho vissuto la mai intera vita al buio dell'addome circondato da vasi arteriosi e venosi, il fegato, la milza e il rachide sopra e sotto... Adesso che ho potuto assaporare, anche per un attimo, lo sgradevole **"profumo"** dei disinfettanti, posso dire di aver avuto un fugace attimo di realtà anche se non è stato come inebriarsi di un bouquet di fiori.

L'espianto è durato ben 7 ore e 13 minuti al termine dei quali sono stato diviso dal mio eterno gemello e collocato dentro una borsa termica rigida azzurra piena di ghiaccio e lì sono rimasto per un giorno intero. Ogni tanto qualcuno apriva il coperchio e controllava lo stato della mia refrigerazione e se ciò non lo soddisfaceva mi ricoprivano con mostruose quantità di ghiaccio per conservarmi.... Ma che freddo!!!

Mentre ero fra i miei pensieri nel ricordo degli infermieri che giravano come trottole sul letto di Luca, improvvisamente fui sollevato e da lì capii che il mio viaggio-desiderio si stava per compiere. Cominciai una serie d'elucubrazioni senza fine, sul mio destino, sulla possibilità di aiutare una persona e tornare a vivere con dignità e rigenerare la speranza in chi ormai l'ha quasi persa per strada.... Ero soddisfatto della scelta di Luca e del coraggio d'Ilaria di poter aiutare con un dono chissà chi di chissà dove.... Arrivato a destinazione subii lo stesso trattamento del ghiaccio e rividi lo stesso colore verde dei camici.

L'operazione fu più lunga della prima e quando ripresi i sensi ero di nuovo nel mondo oscuro che mi era sempre appartenuto... solo che non stavo nello stesso posto che mi spettava!... Per fortuna ero comunque un rene giovane e quindi nonostante Luca si fosse approfittato troppo della mia buona condizione la funzionalità era rimasta ottima.

Non sapevo dove mi trovavo e non conoscevo neppure a chi mi era stato dato l'onore di rendere la vita migliore, ma poco importava.

Cominciai a lavorare a filtrare quanto più potevo; volevo dimostrare che tutto il lavoro che era stato compiuto attorno a Luca era stato un lavoro d'équipe di scel-

te, di preparazione di studio e cooperazione di tanta gente che in silenzio tutti i giorni assistono al male ma che non dicono la loro e non cercano la gloria in quello che fanno ed io ero quello a cui spettava l'onore di chiudere il cerchio della solidarietà.... Non potevo fallire! La diuresi riprese ed il rigetto non si fece vedere all'orizzonte...

Imparai a conoscere il mio nuovo **"padrone"** e dai discorsi che sentii mi resi conto che Angelo era un operaio in cassa integrazione da ormai un anno e la sua famiglia non se la passava bene. Aveva bisogno di me!

Si toccava continuamente la pancia, perché era lì che mi trovavo ora, e si preoccupava di sapere se la diuresi avesse funzionato... volevo dirgli di stare tranquillo ma... Come potevo fare?

Nel mentre notai nell'ambiente qualcosa di stranamente familiare e quando ripresi il senso della realtà scoprii la voce amica di Silvia.... Possibile sempre nella stessa rianimazione?? Eh sì, era la Rianimazione Emergenze ma anche Post-trapianto: quella era la sua vera dizione! Così il caso a voluto che i reni di Luca rimanessero nella stessa città e che coloro che lo hanno visto morire lo hanno visto anche rivivere... altrove!

Quante sensazioni devono provare chi lavora qui! Si confrontano sempre con un'altalena d'emozioni... Quando ero un donatore mi capitò di sentire Roberta affranta dai debiti che la subissavano e dalle preoccupazioni per la mamma ferma a letto... ma in un attimo i suoi problemi si fecero da parte come non contassero più tanto e scattò su di un arresto di un sedicenne politraumatizzato in un incidente in motorino... che cuore! proprio, lei che aveva due maschi della stessa età...

Adesso che, coronato il mio sogno, a un anno dal trapianto in Angelo mi giro indietro e ringrazio chi, ringrazio cosa mi ha dato la possibilità di vivere e conoscere coloro che aiutano tutti, indifferentemente, a guarire, a vivere, a rivivere e a morire senza chiedere niente in cambio.... Grazie a tutti voi!