

# UNA GAMMA DI FILTRI ANTIBATTERICI-HME PER ESIGENZE DIVERSE

**DAR**

DIREZIONE  
ANGRETTA  
GRIMANZUONE

**THE LEADING PROJECT**



- Direttore Responsabile** Giuliana Pitacco, Via R. Manna 17 - 34134 Trieste  
Tel./fax 040 416188
- Comitato di Redazione** E. Drigo  
A. Silvestro  
P. Spada  
C. Silvestri
- Segreteria Amministrativo/Organizzativa** Gianfranco Cecinati  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
- Pubblicità** Serena Marsuri, Via Urbinese 27/A - 52026 Pian di Scò (Arezzo)  
Tel. 055 951754 - Ter. Int. Osp. Careggi tel. 055 4277557
- Tariffe**
- |   |                    |
|---|--------------------|
| Iscrizione Aniarti 1994 (comprensiva di Scenario)   | <b>Lit. 30.000</b> |
| Abbonamento individuale   | <b>Lit. 40.000</b> |
| Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni, Biblioteche Unità operative, Istituzioni, Scuole) | <b>Lit. 80.000</b> |
- Le quote vanno versate sul c/c postale N° 11064508 intestato a:
- ANIARTI**  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
- Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.
- Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi a:
- Uffici ANIARTI  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze  
Fax 055 435700  
Tel. 055 434677
- Stampa** Tipografia Tappini, Via Morandi 19 Città di Castello (PG)  
Tel. 075/855.81.94

# SOMMARIO

IL DOLORE, QUESTO SCONOSCIUTO di <i>Elio Drigo</i> .....	pag. 3
III CONGRESSO REGIONALE VENETO Programma .....	» 5
RELAZIONE INTRODUTTIVA .....	» 6
STRUMENTI D'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVO-ASSISTENZIALE: PIANI DI LAVORO, PROTOCOLLI, PROCEDURE di <i>Annalisa Silvestro, Luisanna Rigon</i> .....	» 7
LA CARTELLA INFERMIERISTICA: LINEE GUIDA PER LA SUA STRUTTURAZIONE di <i>Pierangelo Spada</i> .....	» 11
LA CARTELLA INFERMIERISTICA. ALCUNI SPUNTI DI PERTINENZA MEDICO-LEGALE di <i>D. Rodriguez</i> .....	» 17
ESPERIENZE SULLO STRUMENTO CARTELLA INFERMIERISTICA PRIMA COMUNICAZIONE di <i>M.G. Cecchetto e coll.</i> .....	» 25
SECONDA COMUNICAZIONE di <i>L. Moda, V. Lazzarin, S. Pilotto</i> .....	» 37
TERZA COMUNICAZIONE di <i>E. Cigarini, G. Giancipoli, M. Melioli, I. Fantini</i> .....	» 38
QUARTA COMUNICAZIONE di <i>M. Jellici, R. Bigoni, V. Bolzon</i> .....	» 45
SCHEDA INTEGRATA MEDICO-INFERMIERISTICA IN UN SERVIZIO D'EMERGENZA di <i>S. Avoni, M. Peruzzi, L. Rizzo</i> .....	» 47
PROTOCOLLO IN AREA CRITICA di <i>L. Piazza, C. Silvestri, I. Bergamin</i> .....	» 49
PROCEDURE IN AREA CRITICA PEDIATRICA di <i>A. Zattarin, A. Paccagnella, A. Parpaiola</i> .....	» 51
STRUMENTI D'INFORMAZIONE ED INTEGRAZIONE: LORO UTILITÀ PER L'INSERIMENTO DEL PERSONALE E DEGLI STUDENTI di <i>I. Bergamin, C. Silvestri, L. Piazza</i> .....	» 57
RECENSIONI DI LIBRI .....	» 60

# IL DOLORE, QUESTO SCONOSCIUTO

*Il dolore è un'esperienza presente nella vita degli uomini come la bellezza e la gioia, ma non altrettanto comprensibile. La dimensione reale del dolore non è quella del dolore parlato, ma del dolore vissuto.*

*Si sta diffondendo un'idea che definisce il dolore come "qualsiasi cosa venga definita come tale dalla persona che lo prova ed ogni volta che essa affermi di provarlo" (McCaffery).*

*Si deve riconoscere che, particolarmente nelle strutture sanitarie, il dolore rappresenta un'esperienza ancora molto frequente delle persone malate, nonostante i molti mezzi sviluppati dalle varie scienze e dalla tecnologia e le risorse disponibili. Gli infermieri ne sono testimoni diretti.*

*A volte è difficile essere consapevoli della reale dimensione del "problema dolore". A volte dobbiamo "cercare" la presenza del dolore perché il malato non è in grado di comunicare. A volte l'inconscio ci avverte e il disagio che viviamo può diventare burn-out.*

*Nella cultura o nel costume vi sono certamente alcuni fattori che ostacolano una giusta considerazione del dolore delle persone.*

*Una interpretazione della tradizione giudaico-cristiana, con l'idea della possibilità di una vita senza il dolore, induce a ritenere come meno vera rispetto ad una vita futura l'esperienza della vita attuale, nella quale si fa esperienza della coesistenza di gioia e di dolore. E nel tempo, si è innestata l'idea che il dolore abbia una funzione espiatoria per cui, se anche non viene eliminato, il fatto non rappresenta nulla di grave.*

*È convinzione che il dolore sia un segnale utile all'organismo e quindi si debba fare molta attenzione ad eliminarlo. Inoltre è opinione diffusa che l'uso di farmaci per l'eliminazione del dolore provochi ulteriori problemi e possa nuocere alla salute se non addirittura alla vita.*

*Ancora, si continua a credere che spetti solo al medico decidere se e quando rimuovere il dolore. La partecipazione del malato viene spesso elusa, esclusa, evitata.*

*Il dolore ed il suo controllo diventano così, troppo spesso, l'origine di un conflitto interiore o etico per molte persone, per malati, loro parenti e personale sanitario coinvolto nelle cure.*

*È il caso di iniziare sistematicamente a considerare innanzitutto che il dolore riguarda un'altra persona e che deve quindi essere questa persona, certamente aiutata e supportata, a decidere che cosa debba essere inteso per dolore e la sua eventuale riduzione o eliminazione. Questo non può essere una decisione autonoma ed indiscutibile dei terapeuti né può essere che per il dolore siano lesinati i farmaci al punto da determinare una sudditanza tra le persone.*

*Va di molto ridimensionato il pericolo degli effetti sulla respirazione e quindi sulla vita del malato, provocato da farmaci narcotici: un'evenienza rara, solo ad elevati dosaggi e in malati particolarmente anziani e defedati. E va ricordato che tali effetti possono regredire rapidamente con l'uso del naloxone.*



*Andrebbe anche valutato l'effetto negativo del dolore sull'intero processo della guarigione o comunque sulla malattia. Senza considerare che quasi sempre al dolore è associata la "sofferenza": una situazione drammatica più ampia e che coinvolge la persona nella sua globalità, con i suoi problemi. Gli infermieri dovrebbero essere esperti di persone e quindi di sofferenza ... Sono i problemi del dolore e della sofferenza che rendono il più delle volte insopportabile un'esistenza già di per sé difficile da comprendere. Forse anche molti problemi che potrebbero indurre a pensare all'eutanasia, si dissolvono solo se si ponesse cura nel sollevare le persone dal dolore con gli abbondanti, potenti e sicuri mezzi oggi a disposizione. Si tratta in sostanza, di dare concretezza alla solidarietà nel quotidiano della vita dei malati ed alla professionalità degli operatori per i momenti della vita poco conosciuti, di cui oggi si preferisce non parlare perché i modelli culturali ci forzano a credere che il dolore non esista. Ma esiste. Noi lo sappiamo bene. E sappiamo che può essere rimosso molto di più di quanto venga rimosso. Come infermieri sicuri di avere la migliore percezione del dolore delle persone, continueremo ad esserne responsabili?*

**Elio Drigo**

ANIARTI

III CONGRESSO REGIONALE VENETO

SISTEMA INFORMATIVO E STRUMENTI D'INTEGRAZIONE  
ORGANIZZATIVO - ASSISTENZIALE

Corso d'aggiornamento

A cura di:

MICHELA TOFFANIN  
WALTER FAVERO  
VALENTINA LAZZARIN  
CAMILLA RIZZI  
MARIA BENETTON

Padova, 29 maggio 1993

PROGRAMMA

MATTINO

- Ore 8.30 Registrazione partecipanti
- Ore 9.30 Apertura Congresso  
I.P. W.Favero Deleg. Reg. Aniarti  
(Rian. Giustiniana Padova)
- Ore 9.45 Saluto delle Autorità
- Moderatore: AFD C. Pegoraro  
(Cl. Chir. I° Padova)
- Ore 10.15 "Strumenti d'integrazione organizzativo assistenziale: piani di lavoro, protocolli, procedure"  
relatori: IID A. Silvestro  
(Ufficio Formaz. e Agg. Udine)  
IID L.A. Rigon  
(Scuola IP Padova)
- Ore 11.00 "La cartella infermieristica: linee guida per la sua strutturazione"  
relatore: IID P. Spada  
(Dir. Didatt. Sc. I.P. Merate CO)
- Ore 11.45 "Cartella infermieristica-Scheda infermieristica: quali implicazioni giuridiche e medico legali?"  
relatore: Dr. D. Rodriguez  
(ricercatore dell'Ist. di Medicina legale Univ. Padova)
- Ore 12.30 Discussione

POMERIGGIO

- Moderatore: AFD C. Silvestri  
(Suem Vicenza)
- Ore 15.00 Comunicazioni: "Esperienze sullo strumento cartella infermieristica".  
I) relatore IP MG. Cecchetto (Rian. Centrale Padova)  
collaboratori: gruppo I.I.P.P. per il progetto "Cartella Infermieristica" Osp. Padova  
II) relatore AFD L. Moda (Semint. Coronarica Adria)  
collaboratori: IP V. Lazzarin, IP S. Pilotto  
III) relatore IP M. Melioli (Rian. Reggio Emilia)  
IV) relatore AFD M. Jellici (Servizio di TI Post Operatoria Adria RO)  
collaboratori: IP R. Bigoni, IP V. Bolzon
- Ore 15.45 Comunicazioni:  
I) "Scheda integrata medico-infermieristica in un servizio d'emergenza"  
relatore IP S. Avoni (Suem Treviso)  
collaboratori: IP M. Peruzzi, IP L. Rizzo  
II) "Protocolli in Area Critica"  
relatore IP L. Piazza (Suem Vicenza)  
collaboratori: AFD C. Silvestri  
IP I. Bergamin  
III) "Procedure in Area Critica Pediatrica"  
relatore IP A. Zattarin (T.I. Ped. Padova)  
collaboratori: IP A. Paccagnella  
IP A. Parpaiola
- Ore 16.30 "Strumenti d'informazione e d'integrazione: loro utilità per l'inserimento del personale e degli studenti"  
relatore IP A. Bergamin (Suem Vicenza)  
collaboratori: AFD C. Silvestri  
IP L. Piazza
- Ore 16.50 Discussione  
Ore 17.00 Chiusura del Congresso - Consegna attestati  
Ore 17.15 Assemblea dei soci

# RELAZIONE INTRODUTTIVA

*Il titolo dato a questo Congresso Regionale, può sembrare di difficile interpretazione: «Sistema informativo e strumenti d'integrazione organizzativo-assistenziale»; ma analizzandolo si avrà l'opportunità di spiegare l'importanza di tali concetti. Vista l'evoluzione della professione in questo interessante momento, e recependo le esigenze degli infermieri, si è colta questa occasione per seguire i seguenti obiettivi:*

- 1) individuare alcuni strumenti d'integrazione ed informazione;*
- 2) evidenziare modalità di strutturazione ed utilizzo;*
- 3) analizzare le implicazioni legali nei loro aspetti generali e particolari.*

*Chiarire e semplificare dà modo a tutti gli infermieri di area critica, d'individuare quali strumenti abbiano a disposizione, per elevare la qualità delle prestazioni nel proprio ambito lavorativo, organizzativo e assistenziale.*

*Riuscire ad appropriarsi in modo efficiente ed efficace di piani di lavoro, protocolli e procedure dà finalmente gratificazione alla nostra attività, finora così poco concretizzata con atti scritti.*

*È diventato importante avere uno spazio e una maggiore autonomia nell'esprimere la nostra competenza professionale, e la cartella infermieristica ce ne dà modo. Si è voluto quindi contribuire a facilitarne l'impiego facendo riferimento alle linee guida per la sua strutturazione.*

*Auspichiamo di avere analizzato tutti gli aspetti compresi quelli legali che, nel nostro contesto lavorativo, non hanno certo minore importanza; dato che la normativa vigente non ci è di molto aiuto.*

*La comprensione e l'utilizzo di tali strumenti sono ormai il presente della nostra professione, ma sono anche il suo futuro.*

*Le relazioni che seguiranno hanno impegnato molti infermieri, hanno fornito fatti e idee da realizzare, in base a precisi concetti da elaborare nella propria realtà operativa.*

*Non ci resta che agire! Buona lettura e buon lavoro a tutti.*

**I delegati regionali Veneto**

# STRUMENTI D'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVO-ASSISTENZIALE: PIANI DI LAVORO, PROTOCOLLI, PROCEDURE

I.I.D. Annalisa Silvestro

Ufficio Formazione ed Aggiornamento - Udine

Un saluto cordiale ed affettuoso a tutti gli Infermieri presenti, che vedo numerosi, ed un grazie ai colleghi ANIARTI che hanno permesso la realizzazione di questa importante occasione di incontro e dibattito.

Tema interessante quello che affrontiamo oggi, che io e la Collega introduciamo con le nostre relazioni: sistema informativo e quindi cartella infermieristica (C.I.); integrazione organizzativo-assistenziale e quindi strumenti di integrazione quali procedure, protocolli e piani di lavoro.

Cominciamo dalle prime parole chiave.

Che cos'è l'informazione e quindi cos'è il sistema informativo?

L'informazione è il complesso di segni e/o simboli che predispone o sollecita qualcuno a fare qualcosa, a dare una risposta.

L'informazione è composta da:

- segno e/o simbolo e/o dato;
- soggetto che riceve il segno/simbolo/ dato, e ne è stimolato;
- operatività che il soggetto attua anche in conseguenza al segno/dato ricevuto e raccolto.

Il sistema informativo è l'insieme di tutti i segni/simboli/dati che vengono raccolti e collegati per orientare ed implementare il processo decisionale ed operativo necessario per raggiungere gli obiettivi che un presidio, un'unità operativa, il singolo, si sono dati. Nei nostri Servizi, gli obiettivi da raggiungere sono quasi sempre legati strettamente da una sinergica integrazione tra variabili organizzative e variabili assistenziali.

Infatti il processo organizzativo e quello assistenziale sono interconnessi, tanto che quello che avviene nelle componenti organizzative si ripercuote sempre nelle componenti assistenziali, e viceversa.

Fondamentale, quindi, presidiare ed integrare costantemente le due componenti: quella organizzativa e quella assistenziale affinché gli obiettivi istituzionali e professionali siano sempre raggiunti e producano un'alta qualità di risultato.

Integrazione però significa conoscere, quindi avere le informazioni, quindi prendere le decisioni più congruenti al risultato/obiettivo da raggiungere.

Ecco quindi introdotta l'altra parola chiave del con-

vegno: integrazione, perché è importante parlare di integrazione e che cosa sia.

Qualsiasi organizzazione e quindi anche un'organizzazione sanitaria si scontra con il problema della divisione del lavoro, quindi con il problema delle specializzazioni, della divisione del sapere e delle abilità, con la settorializzazione e con la parcellizzazione. Tutto questo potrebbe comportare, e spesso si verifica, il nascere di spinte centrifughe, il perseguire obiettivi particolaristici se non addirittura contrari a quelli istituzionali delle organizzazioni in cui operiamo. Potrebbe verificarsi cioè, che l'obiettivo perseguito non sia più quello primario della soddisfazione del bisogno di salute del cittadino, ma altri ... che lascio ad ognuno di voi pensare e definire.

La perdita dell'obiettivo primario oltre a comportare inefficacia ed inefficienza, potrebbe anche produrre malcontento e demotivazione da parte del personale e scarso consenso e radicamento sociale dell'organizzazione stessa.

Integrazione dunque come risposta ad un impulso costruttivo per il raggiungimento dell'obiettivo che nel nostro caso è la tutela della salute con il mantenimento del consenso sociale.

Per individuare gli strumenti più idonei all'integrazione organizzativa e quindi all'efficacia del processo assistenziale, è fondamentale analizzare attentamente, oltre agli obiettivi e al contesto in cui l'organizzazione è inserita, anche la sua complessità globale; perché va sottinteso che più l'organizzazione è complessa, maggiore è la sua necessità di integrazione.

Per definire il livello di complessità organizzativa e scegliere gli strumenti di integrazione più idonei al raggiungimento del mandato istituzionale, si possono utilizzare degli appositi indicatori, che sono:

- il livello di incertezza che il Sistema organizzativo deve presidiare;
- il livello di interdipendenza nella produzione di beni e servizi;
- il decentramento di discrezionalità decisionale richiesto per la produzione di beni e servizi;
- la dimensione organizzativa.

Utilizzando questi indicatori nella realtà sanitaria, si è



comunemente riscontrato che il livello di complessità è di tipo medio-alto se non addirittura alto. I riscontri bibliografici e l'esperienza maturata indicano come strumenti di integrazione più efficaci nella complessità medio-alta i piani di lavoro ed i protocolli assistenziali.

Le procedure sono invece strumenti di integrazione utili nella complessità medio-bassa o bassa.

Questo non significa che le procedure siano da abbandonare, ammesso che vengano utilizzate, significa di contro che non possono essere l'unico strumento di integrazione utilizzato.

Vediamo dunque di definire gli strumenti che abbiamo citato.

Il piano di lavoro è lo strumento principe del caposala: segue la stessa logica concettuale e strutturale del protocollo ma viene elaborato per perseguire obiettivi che coinvolgono tutta l'unità operativa, sia per quanto riguarda le risorse, che i diversi ruoli professionali e funzionali.

Nell'ambito del piano di lavoro possono essere tranquillamente inseriti protocolli e procedure.

La procedura è la sequenza rigida degli atti che compongono un'azione infermieristica: la cateterizzazione vescicale, la ventilazione con va e vieni, il

massaggio cardiaco, l'ABC della rianimazione, ecc. ... La procedura è tendenzialmente rigida, è elaborata su basi scientifiche, può essere applicata dovunque e responsabilizza chi la attua.

Il protocollo è un modello formalizzato del comportamento professionale che, strutturando linee-guida di riferimento orienta, facilita e controlla/valuta l'insieme delle azioni poste in essere per compensare/soddisfare un bisogno assistenziale o un problema organizzativo comune a più pazienti che sono inseriti nella stessa unità operativa o coinvolti nella stessa situazione assistenziale.

Il protocollo è tendenzialmente flessibile, è elaborato su basi scientifiche ed esperienziali, è applicabile solo nel contesto in cui è stato elaborato, responsabilizza il gruppo che lo utilizza.

L'elaborazione di piani, protocolli e procedure presuppone la conoscenza e l'informazione.

Il mantenimento della loro validità presuppone una frequente valutazione critica, sulla base di dati e delle informazioni raccolte, della loro capacità di facilitare l'operatore nel processo assistenziale.

Cedo ora la parola alla collega Rigon per un ulteriore approfondimento dell'argomento e vi ringrazio per l'attenzione.

## I.I.D. Luisanna Rigon

Infermiera insegnante Scuola Infermieri Professionali - Padova

### Le procedure

Le procedure possono essere:

#### - orientative

- 1) situazioni complesse ed interdipendenti;
- 2) con operatori a elevato grado di autonomia;
- 3) chiarezza di obiettivi e di risultati;
- 4) coinvolgimento attivo di ogni persona;

#### - rigide

- 1) situazioni semplici;
- 2) con operatori esecutivi o a scarsa autonomia;
- 3) poca chiarezza di obiettivi e di risultati;
- 4) situazione di prescrizione.

Sono un insieme di regole scritte che orientano gli operatori a comportamenti comuni al fine di valutare dei risultati.

Le procedure abbracciano tutti gli strumenti scritti posti in essere per meglio utilizzare le risorse e omogeneizzare i comportamenti. Sono documenti operativi standards ufficiali, trasparenti che devono essere seguiti al fine di assicurare l'integrità e la completezza della prestazione.

Le procedure devono essere:

- facili da leggere e da seguire;
- ben organizzate (contenuto e forma);
- scritte in linguaggio chiaro e comprensibile;
- contenenti istruzioni utili, operative e attinenti alla realtà;
- focalizzate su elementi rilevanti (omettere i dettagli irrilevanti);
- corrette scientificamente;
- accettate;
- condivise;
- valutabili.

Devono rappresentare un buon compromesso tra quanto di meglio può essere fatto e quanto generalmente viene fatto in pratica, mantenendo sotto controllo determinate situazioni.

Sottostanno ad un processo di rivalutazione e di revisione a scadenze determinate. La procedura deve avere coerenza con l'organizzazione del lavoro: se l'organizzazione è rigida anche le procedure lo saranno, se viceversa l'organizzazione è flessibile le procedure saranno orientative. Esse danno crescita culturale per il solo fatto di essere scritte.

In ogni caso è importante:

- 1) motivare sempre perché si fanno le cose altrimenti non si adottano né procedure, né nuovi atteggiamenti;

- 2) evitare di cadere nel ridicolo con prescrizioni inutili, farraginose;
- 3) scrivere tutto quello che è possibile;

Lo schema di procedura solitamente è dato dalle seguenti voci:

- 1) materiale usato;
- 2) procedura-sequenza logica di azioni;
- 3) avvertenze.

## Il protocollo

Tale termine indicava un tempo una raccolta di documenti o il documento stesso.

Il protocollo:

- è un documento scritto a disposizione nel tempo;
- trasforma gli studi e le conoscenze cliniche in comportamenti;
- traduce la ricerca in prassi.

È uno strumento organizzativo in quanto è rivolto a professionisti, cioè a persone che hanno competenza, autonomia e responsabilità propria.

1. *Introduzione*
  - cos'è;
  - a chi è rivolto;
  - quando si fa.
2. *Obiettivo*
  - perché si fa.
3. *Materiale occorrente*
  - in successione d'uso.
4. *Preparazione del materiale.*
5. *Attribuzione delle funzioni.*
6. *Procedure*
  - sequenze logiche di azioni.
7. *Motivazioni*
  - principi scientifici che sostengono le azioni.
8. *Complicanze.*
9. *Avvertenze.*
10. *Cura del materiale.*
11. *Valutazione del protocollo.*

## Schema di protocollo tipo

Un protocollo è un documento che traduce i dati della letteratura, delle fonti bibliografiche in azioni e in comportamenti. La descrizione scritta serve per:

- 1) omogeneizzare i comportamenti del personale;
- 2) renderli osservabili e pertanto valutabili;
- 3) garantire una corretta conoscenza basandosi sulle più recenti acquisizioni teoriche e pratiche;
- 4) consentire l'adeguamento dei comportamenti alle conoscenze disponibili (revisione ogni 3-4 mesi).

Il protocollo deve avere le seguenti caratteristiche:

- essere naturalmente corretto;
- essere applicabile: troppo spesso succede di avere a

- disposizione protocolli che propongono sequenze di comportamenti non attuabili, o l'uso di materiali non disponibili, o sequenze di atti da libro di testo;
- basarsi sui principi e proporre dei comportamenti che tengono conto della scrittura e dell'organizzazione di reparto;
- consentire di capire il perché dell'innovazione o del comportamento proposto: solo capendo il perché si è in grado di modulare l'assistenza in base ai bisogni del paziente e si evita di adottare comportamenti rigidi.

Il digiuno applicato rigorosamente dalla mezzanotte in poi per qualsiasi prelievo, o la rilevazione routinaria della temperatura, sono solo esempi di quanto sia facile applicare indiscriminatamente comportamenti "protocollati";

- essere condiviso, discusso ed accettato da tutti e non imposto: è il presupposto fondamentale perché non venga rifiutato;
- essere modificabile: al variare delle conoscenze su una malattia può variare anche il comportamento. Se si definisce in base a quali principi si è deciso di adottare una determinata precauzione è più facile che, al variare dei primi, debba essere valutato anche quanto e come vanno modificati i comportamenti.

In questo senso il protocollo può essere considerato un buon strumento di valutazione della qualità delle cure e può essere utilizzato in processi di Qualità dell'Assistenza (QA o VRQ).

## Quando è indicato un protocollo

Il protocollo è indicato:

- nelle tecniche routinarie. Esse spesso determinano disomogeneità nei comportamenti degli operatori rispetto ai risultati attesi e all'adeguato utilizzo delle risorse.

Ad esempio nella cura delle piaghe da decubito, spesso rientrano abitudini e convinzioni personali che possono orientare l'operatore ad utilizzare prodotti impropri ed incompatibili tra loro con la conseguenza di un ritardo o di un mancato raggiungimento del risultato atteso.

Il protocollo fornisce:

- conoscenze specifiche;
- orienta le azioni;
- indica l'utilizzazione di prodotti ufficialmente riconosciuti per la loro efficacia;
- nell'emergenza la variabile tempo è determinante per ottenere un risultato, per cui il protocollo fornisce:
  - \* sequenza di interventi rispettando logiche di priorità;
  - \* coordinamento degli operatori al fine di garantire un intervento tempestivo ed efficace;
- nell'evenienza rara e complessa. Può essere costituita da una situazione critica in cui non è facile orientarsi, sia a livello conoscitivo che pratico. Ta-

le situazione comporta un aumento di stress e scarsa manualità dell'operatore che ha difficoltà a memorizzare:

- \* materiali;
- \* sequenze logiche di intervento.

In questo caso il protocollo è lo strumento più idoneo a garantire la qualità della prestazione.

### **Percorso logico per la costruzione di un protocollo**

Il protocollo è sempre frutto di un cammino, di una motivazione a cambiare. Esso nasce dall'esigenza di uniformare, migliorandole, le normali azioni assistenziali di tutti i giorni e devono essere il frutto di un lavoro di équipe, di un continuo aggiornamento e di ricerca, per garantire un elevato standard di assistenza. Quando si costruisce un protocollo è necessario tenere presenti alcune fasi quali:

- 1) individuazione del problema/situazione definendolo in modo preciso, vedendone le sue varie componenti, osservando la frequenza con cui si presenta, raccogliendo, elaborando e discutendo i dati intorno ad esso attraverso un lavoro di gruppo;
- 2) individuazione dei destinatari;
- 3) definizione dell'obiettivo del cambiamento;
- 4) ricerca della bibliografia, verificandone la validità scientifica;
- 5) stesura del protocollo;
- 6) verifica a breve-medio termine.

### **Come introdurre un protocollo**

- 1) Procedere all'approvazione del protocollo a:

- microlivello: reparto (personale medico ed infermieristico);
  - macrolivello: direzione sanitaria organizzazioni professionali.
- 2) Pianificare il momento di introduzione.
  - 3) Pianificare le risorse in termini di personale, materiale, spazi, stabilendo:
    - come garantirle
    - da chi;
    - cosa fare quando mancano.
  - 4) Pianificare la formazione del personale in termini di aggiornamento, per permettere l'approvazione di nuove conoscenze, modalità, sintesi per facilitare il cambiamento.
  - 5) Definire specifiche modalità di comunicazione.
  - 6) Presidiare le resistenze al cambiamento, a protocollo approvato ed introdotto operativamente, cercando di facilitare la comprensione, informando, persuadendo e, solo da ultimo, obbligando le persone ad attenersi ad esso.

### **Protocollo procedura**

- Descrizione razionale;
- indicazioni scritte;
- obiettivi;
- garanzia di una certa qualità;
- metodi ed integrità delle informazioni;
- principi scientifici prodotte;
- dettagliate informazioni;
- schema di comparazione e principali differenze tra protocollo e procedura.

# LA CARTELLA INFERMIERISTICA: LINEE GUIDA PER LA SUA STRUTTURAZIONE

I.I.D. Pierangelo Spada

Direttore Didattico Scuola Infermieri Professionali - Merate (CO)

## Analisi della normativa

L'utilizzo della cartella infermieristica (C.I.) viene auspicato dall'Accordo Europeo sull'istruzione e la formazione delle infermiere adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967 e recepito in Italia con la Legge 795 del 15 novembre 1973.

Infatti all'allegato I, cap. I, punto *b*), si legge che "è funzione essenziale dell'infermiere professionale osservare le condizioni o gli stati fisici o emotivi che provocano importanti ripercussioni sulla salute, e comunicare tali osservazioni agli altri membri del gruppo sanitario".

Ancora più esplicito il D.P.R. 348 del 28 novembre 1990. Infatti al titolo quinto sulla produttività ed efficienza dei servizi, all'art. 57 lettera *d*), si legge che "deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che, nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità, consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino".

Non è solo a seguito di questa normativa che gli Infermieri Professionali si confrontano e utilizzano questo strumento di lavoro. Ma essenzialmente per una presa di coscienza professionale legata ad un approccio lavorativo finalizzato all'uomo, gli IP sono consapevoli che la C.I. è solamente uno strumento facente parte di un preciso processo assistenziale.

## Richiami al processo assistenziale

Prima di entrare nel merito specifico della C.I. riteniamo necessario recuperare alcuni concetti emersi nelle relazioni che mi hanno preceduto; focalizziamo la nostra attenzione sul processo assistenziale.

Si può definire come un metodo sistematico di lavoro utilizzato dal personale infermieristico per risolvere i problemi legati all'assistenza.

Questo metodo è centrato sul paziente, la sua famiglia o la comunità. Conseguentemente richiede una rispettiva partecipazione in ognuna delle sue fasi.

Nella letteratura infermieristica vengono presentate diverse descrizioni del processo; tuttavia, tutte condividono la concezione di una successione logica di fasi:

- 1) la raccolta dei dati e l'identificazione dei problemi;
- 2) la pianificazione;

- 3) l'intervento;
- 4) la valutazione.

Ciò che è importante non è tanto la terminologia impiegata né il numero delle fasi proposte, ma piuttosto la logica sulla quale poggia questo metodo sistematico di lavoro per affrontare i problemi di assistenza.

Proprio per la specificità dell'argomento, andremo ad approfondire solamente il primo punto, tralasciando per il momento la discussione sui rimanenti aspetti del processo assistenziale.

La prima fase del processo consiste nel raccogliere le informazioni necessarie alla identificazione dei problemi. Nella raccolta dati, le colleghe Little e Carnovali (21) raccomandano di osservare i seguenti principi:

- includere solo l'informazione che non è raccolta da altri e che è necessaria agli IP per offrire cure individualizzate;
- evitare le formule che esigono più tempo per essere completate, del tempo di cui dispone abitualmente per realizzare l'intervista.

Questi due Autori mettono in guardia contro l'intrusione nella vita privata del paziente; gli IP non sono giustificati nella ricerca di informazioni che prevedono di non utilizzare per la loro assistenza.

La raccolta di questi dati può essere effettuata con numerosi mezzi: intervista, osservazione, consultazione di altri professionisti, di altri documenti, ecc.

Quando le informazioni sono state raccolte, l'IP deve identificare i problemi che presenta il paziente. Identificati, deve prevedere le possibili soluzioni.

Questa fase si può ricondurre nella pianificazione dell'intervento infermieristico in cui, con l'accordo del paziente, si stabiliscono gli obiettivi determinando le risorse necessarie per raggiungerli. L'intervento è la messa in opera di tutti i mezzi previsti per risolvere i problemi del paziente. La fase di valutazione risulterà tanto più facile da raggiungere se essi sono stati identificati chiaramente e gli obiettivi formulati in modo corretto e realistico.

Vista in questa dimensione, la C.I. diventa uno strumento indispensabile e fondamentale per la realizzazione del piano di assistenza, e risulta essere il supporto al processo assistenziale e non una finalità.

Il suo utilizzo permette (25) di promuovere:

- una definizione in équipes degli obiettivi comuni,

da cui un miglioramento della coesione e coerenza del gruppo;

- una migliore integrazione con il personale medico;
- una organizzazione diversa dell'assistenza;

di offrire:

- una continuità, una visione sintetica e globale delle cure prestate e da ottenere, 24 ore al giorno;

di favorire:

- l'esercizio della funzione infermieristica;
- lo sviluppo delle attività di ricerca;
- una migliore integrazione delle persone in formazione.

Il processo assistenziale fornisce inoltre la struttura per la presa delle decisioni attraverso le varie fasi dell'assistenza infermieristica.

È importante legare il processo assistenziale alle registrazioni scritte. Se ciò non avviene non potrà essere garantita nessuna continuità, anche perché nessun altro infermiere che successivamente dovrà assistere lo stesso paziente, non potrà disporre di importanti informazioni.

Il processo assistenziale diventa dunque un approccio sistematico che permette all'IP, contemporaneamente all'instaurarsi di una relazione interpersonale con l'utente, di intervenire subito, in modo razionale, autonomo e responsabile. Di conseguenza esso si rivela indispensabile all'infermiere per concretizzare la sua professione.

Nel suo aspetto dinamico, inoltre, il processo assicura la continuità dell'assistenza. Poiché il piano è la concretizzazione del processo assistenziale e la C.I. è lo strumento operativo del piano, il processo non può prescindere dal modello concettuale a cui il professionista infermiere si riferisce.

### Importanza di un modello concettuale di riferimento

Abbiamo accennato poc'anzi che l'IP identifica ed è attento ai bisogni assistenziali dei pazienti e parlato di modello concettuale. Va precisato che il modello concettuale è un'analogia simbolica, uno schema che serve a rappresentare la struttura di una teoria; esso fornisce un quadro di riferimento per i cultori di una disciplina, cosa guardare e studiare, determina il modo con cui è visto il mondo e quali aspetti considerare. Costruirsi una rappresentazione mentale dell'assistenza infermieristica vuol dire elaborare o aderire ad un modello concettuale infermieristico.

Diverse infermiere in campo internazionale, riferendosi ai principi epistemologici, a teorie in altri campi disciplinari, alle loro esperienze, hanno formulato modelli concettuali dell'assistenza infermieristica. Tali Autori hanno divulgato e progressivamente perfezionato le loro teorie attraverso numerose pubblicazioni. Questi modelli possono essere comunicati e comparati con altri all'interno della professione, grazie all'orientamento che forniscono alla pratica, alla formazione, alla ricerca.

Quest'astrazione si concretizza in linee direttrici che, organizzate secondo una loro logica, formano le coordinate della professione per operare:

- nell'assistenza diretta;
- nella formazione;
- nell'organizzazione;
- nella ricerca.

Oltre ai modelli concettuali elaborate da teoriche straniere (Henderson, Peplau, Rogers, Roy, Orem) è stato elaborato da poco un modello italiano, sorto in seno alla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università di Milano, ed è il modello concettuale delle prestazioni (10).

La prestazione viene intesa come un sistema di decisioni tecnico-gestionali, costituiti da un'insieme di azioni fisiche e/o verbali e/o mentali, pianificato autonomamente dall'infermiere per rispondere ad un bisogno specifico di aiuto espresso dall'assistito.

### Analisi della situazione attuale

Per offrire dei dati concreti e significativi sulla realtà attuale in materia di C.I., sono state realizzate alcune ricerche condotte da infermieri.

La prima esperienza (2) si riferisce ad una rilevazione condotta dalla società di ricerca SAGO sulla modulistica usata nell'Ospedale di Monza. Nell'abituale metodo di raccolta delle informazioni attraverso la modulistica tradizionale si è rilevata:

- incompletezza delle informazioni relative al paziente;
- dispersione di tali informazioni su più strumenti di raccolta dati;
- difficoltà a costruire un'immagine completa del paziente e dei suoi bisogni assistenziali;
- difficoltà a pianificare l'assistenza infermieristica;
- scarsa integrazione con le informazioni degli altri professionisti dell'équipe di cure.

Successivamente, l'utilizzo di una modulistica più orientata al paziente ha aiutato gli IP a raccogliere dati in maniera più completa.

Anche gli IP della Medicina dell'Ospedale S. Carlo di Milano (1-18) hanno sentito l'esigenza di sviluppare e introdurre una C.I. per evitare la frammentazione e dispersione su vari quaderni delle informazioni trasmesse sul paziente. In questo modo hanno superato una consegna che privilegia la trasmissione di dati sulla terapia, esami ed esecuzioni di ordini medici. All'interno del Policlinico Gemelli di Roma è stato effettuato uno studio sulla qualità degli strumenti usati per la "consegna-rapporto".

L'ipotesi era che gli strumenti usati per la trasmissione di informazioni potrebbero essere non validi o quantomeno non rispondenti ad esigenze di praticità, precisione, efficienza ed efficacia per l'assistenza infermieristica.

Le sezioni censite sono state 50: in 39 si usa un quaderno di consegna fornito dall'Ospedale, in 11 altri

strumenti (foglio protocollo, scheda infermieristica computerizzata, foglio del diario clinico, quaderno, ecc.).

Questi strumenti sono gli unici esistenti nelle sezioni che contengono informazioni esclusivamente di assistenza infermieristica. Dall'analisi e dalla valutazione dei risultati emergono dati interessanti.

Il dato più macroscopico è che le informazioni concernenti le prescrizioni mediche, sono in numero nettamente superiore rispetto alle informazioni di tipo infermieristico.

Un dato di vaste dimensioni è quello delle ripetizioni continue dello stesso tipo di registrazione tipo "nulla di particolare", "solita assistenza" ecc. ...

Gli aspetti qualitativi rilevati con l'uso della scheda sono i seguenti:

- 1) rilevazione, identificazione e registrazione immediata del bisogno assistenziale, dell'azione e della valutazione;
- 2) si tengono in considerazione più bisogni per ogni malato;
- 3) non vi sono ripetizioni inutili;
- 4) non c'è perdita di tempo per ricordare l'accaduto e si eliminano i foglietti volanti;
- 5) completezza delle informazioni e della raccolta dati;
- 6) valutazione continua e finale.

Alla luce dei risultati ottenuti si può affermare che gli infermieri scrivono moltissimo, su diversi registri, ma in modo disorganizzato, frammentario e discontinuo con relativo dispendio di tempo e di energia e particolarmente di informazioni alla cui importanza, dal punto di vista assistenziale, non corrisponde un adeguato utilizzo di esse.

All'inizio degli anni '80 è stata effettuata un'analisi su 12 C.I., di cui 7 in uso presso Ospedali esteri, e 5 usate a scopo didattico presso alcune Scuole IP italiane.

L'analisi indaga sugli aspetti qualificanti della C.I., tralasciando i fogli che prevedono la registrazione di parametri vitali, referti di esami ed interventi terapeutici. I risultati hanno dimostrato un duplice aspetto. Da un lato l'accumulo di molte informazioni e notizie va a discapito della chiarezza e della sintesi; dall'altro le cartelle troppo schematiche e sintetiche impediscono l'approfondimento delle problematiche. Purtroppo sono ancora valide le critiche espresse da una collega (7) sui vari modi usati per la raccolta dei dati che così schematizziamo:

- dati infermieristici ancora troppo "medici" perché tengono conto della malattia come entità nosografica piuttosto che del malato come entità biopsicosociale;
- la raccolta avviene in modo improvvisato e non standardizzato, per cui i dati possono variare in relazione alla persona che li raccoglie;
- spesso la comunicazione tra colleghi è solo verbale e non viene documentata;
- c'è scarsa consultazione tra i dati raccolti dal medico e quelli presi dall'infermiere; la stessa infor-

- mazione viene trascritta più volte in fogli diversi;
- si utilizzano abbreviazioni non conosciute da tutti;
- si utilizzano espressioni vaghe e confuse, con giudizi espressi in modo non obiettivo.

La puntualizzazione di queste ricerche si è resa necessaria anche in funzione dello sviluppo della ricerca infermieristica. Infatti uno degli obiettivi primari della ricerca infermieristica è di rafforzare e allargare le conoscenze attuali finalizzandole al miglioramento dell'assistenza.

Da sottolineare il fatto che esiste tutt'oggi una grossa difficoltà a fare ricerca anche perché non esistono dati infermieristici scritti all'interno dei reparti, dai quali poter trarre considerazioni ai fini assistenziali.

### Strutturazione della cartella infermieristica

In una prospettiva di continuità e di valutazione dell'assistenza, è dunque essenziale un mezzo di comunicazione scritta; è questa, come abbiamo visto, la principale ragione d'essere del piano di assistenza. Solo un mezzo di comunicazione scritto può assicurare che l'essenziale dell'informazione verrà trasmesso alla stessa maniera a tutti gli operatori. Nella C.I. vi è la registrazione sistematica delle informazioni relative al paziente, delle azioni infermieristiche e delle verifiche effettuate; questo consente di evitare la perdita di informazioni e garantisce una continuità dell'assistenza programmata.

Si possono dunque elencare le finalità della C.I. (15), che sono:

- 1) documentazione sistematica;
- 2) continuità dell'assistenza;
- 3) responsabilità professionale dell'IP;
- 4) valutazione della qualità dell'assistenza;
- 5) ricerca, con analisi retroattiva delle cartelle.

I vantaggi che ne derivano si possono ricondurre a questi punti (7):

- migliore relazione infermiere-paziente;
- maggiore coinvolgimento da parte del personale e quindi maggiore soddisfazione lavorativa;
- il contenuto della C.I. riflette veramente un'assistenza programmata;
- registrazione delle risposte del paziente alle varie misure assistenziali;
- diminuzione delle registrazioni meno importanti;
- risparmio di tempo al momento della consegna poiché la documentazione è continuamente aggiornata.

Secondo Weed (7) una cartella dovrebbe avere quattro caratteristiche:

- essere semplice da usare;
- assicurare un'assistenza individualizzata;
- contenere informazioni il più possibile complete;
- essere di facile compilazione e consultazione.

### Tappe preparatorie

Si tenga presente che l'attuazione pratica della C.I.



implica anche la responsabilità dell'Ufficio Infermieristico, e può essere favorita da alcuni fattori quali:

- l'arrivo di un nuovo Caposala;
- il ritorno da un corso di formazione/ aggiornamento;
- un incidente critico;
- l'arrivo di nuovi IP che vogliono attuare quanto appreso a scuola;
- l'insoddisfazione generale degli infermieri.

Per realizzare ciò è necessario che l'équipe sia preparata e direttamente coinvolta con riunioni preparatorie riguardanti:

- la concezione dell'assistenza (il modello concettuale di riferimento);
- l'organizzazione dell'unità funzionale;
- l'informazione sulla natura ed i vantaggi della C.I.;
- l'analisi di formazione del personale a breve, media e lunga scadenza.

Può inoltre essere utile:

- una visita ai Servizi che utilizzano la C.I.;
- la diffusione di riviste, articoli e tutta la documentazione il rapporto al tema;
- il confronto con IP che già la utilizzano;
- la collaborazione tra la Scuola IP ed i Servizi di assistenza.

Vorrei far presente che la C.I. non dev'essere uguale per tutti, uno stesso modello può essere diversificato in base ai problemi specifici del paziente, all'organizzazione del reparto, ai moduli già esistenti.

Prima di formalizzarla essa va sperimentata per un certo periodo di tempo e numero di casi, per valutarne la validità e problemi che ne derivano.

È importante puntualizzare che l'introduzione della C.I. di per sé non migliora nessun aspetto se non si raccolgono i dati essenziali, se non vengono utilizzati, se le informazioni importanti che servono per programmare l'assistenza continuano ad essere trasmesse a voce e a far parte della memoria labile e soggettiva che si esaurisce nello spazio del turno.

Se non si riflette sulle informazioni utili per l'assistenza si rischia di proporre modelli di cartella integrativi sempre funzionali in subordine alle cartelle cliniche (14).

### Strategie di utilizzo

Per facilitare la messa in funzione della C.I. è necessario prima informare:

- 1) l'amministrazione, in modo che possa:
  - collocare il progetto nelle politiche dell'Ente e nel contesto economico;
  - valutarne il costo in rapporto ad altri mezzi di comunicazioni;
  - stabilire le priorità di formazione;
- 2) il personale medico, sia per sottolineare la specificità delle cure infermieristiche e la complementarietà delle informazioni, sia per spiegare l'inten-

- resse di una nuova organizzazione dell'assistenza;
- 3) le Unità di Cura, dove è indispensabile motivare tutto il personale tenendo conto del tipo di formazione ricevuta e sviluppando il senso di responsabilità. È indispensabile effettuare una sperimentazione limitata prima di rendere il progetto definitivo;
- 3) le Scuole dove è necessario cercare una maggiore integrazione tra insegnamento teorico ed insegnamento clinico.

### Stuttura

Al momento della scelta dei documenti da utilizzare si dovrà pensare:

- ai colori di riferimento;
- allo spessore della carta (verrà utilizzata spesso);
- alla possibilità di scrivere su entrambi i lati per limitarne il volume.

I documenti che costituiscono la C.I. possono essere vari, però dovrebbero comprendere almeno quattro parti:

#### 1) *accettazione.*

Centrata sulla conoscenza della persona, comprende informazioni di tipo amministrativo e di tipo personali sulle abitudini di vita. Questa parte non va intesa come un questionario, ma va compilata nel corso del colloquio di accettazione. La sua presentazione deve permettere un rapido utilizzo e la possibilità di modifiche che tengano conto dell'evoluzione della situazione. Le informazioni raccolte non devono portare a giudizi di valore ma permettere di valutare le reazioni del paziente partendo da fatti oggettivi.

#### 2) *Pianificazione dell'assistenza infermieristica.*

Descrive le difficoltà che il paziente incontra nella soddisfazione di un bisogno fondamentale e la causa probante di questa difficoltà. È bene puntualizzare che individuare il problema non è far diagnosi medica. Il problema assistenziale è determinato dall'équipe infermieristica a partire dall'osservazione e dai dati raccolti. Può essere legato a bisogni non soddisfatti della persona e può quindi riguardare sia la considerazione patologica, sia l'ospedalizzazione, sia alcuni fattori personali.

Gli obiettivi posti prevedono dei termini per la realizzazione e dei criteri di valutazione; inoltre devono essere reali, comprensibili, concreti, precisi, misurabili. La valutazione consiste nel paragonare in équipe i risultati ottenuti con quelli prefissati, partendo dai criteri determinati durante la definizione degli obiettivi. Si ottiene così un feed-back che permetterà un'eventuale rettifica.

#### 3) *Scheda per le somministrazioni terapeutiche.*

#### 4) *Scheda per le prescrizioni di esami ed indagini diagnostiche.*

## Aspetti giuridici della Cartella Infermieristica

La cartella del paziente, clinica o infermieristica, proprio perché comprende tutti i documenti che registrano informazioni, ha valore legale e può essere presentata come prova. In caso di controversie legali, la C.I. fornisce la descrizione delle attività svolte dagli operatori sanitari; appare evidente che le attività non registrate sono considerate come non svolte.

Da ciò risulta importante che la registrazione deve descrivere chiaramente l'assistenza attuata e deve essere effettuata a tempo debito, considerando tutti i dati significativi.

Le "regole" che di seguito sono esplicitate possono consentire all'IP di registrare le informazioni in maniera appropriata:

- 1) usare inchiostro e non la matita;
- 2) scrivere nome e cognome del paziente e il codice nosologico sulla intestazione della cartella;
- 3) descrivere appena possibile e con precisione il problema identificato per evitare di tralasciare informazioni ed avere un aggiornamento quotidiano;
- 4) scrivere tutto ciò che viene fatto al paziente e le sue reazioni;
- 5) correggere gli errori tracciando una linea sopra l'errore; la cancellazione o la copertura con inchiostro non è accettabile;
- 6) le voci devono essere espresse in modo conciso;
- 7) la data va segnata sulla prima riga ed ovviamente aggiornata;
- 8) l'ora va segnata ogni qualvolta si deve riportare una voce riferita ad un nuovo momento cronologico;
- 9) la registrazione riferisce dei fatti e non le interpretazioni dell'IP. Se il paziente riferisce sintomi o sensazioni, questi vanno riportati fra virgolette per significare che si tratta di parole del paziente;
- 10) l'IP deve registrare le proprie osservazioni;
- 11) il rifiuto da parte del paziente di medicazioni o farmaci, va riportato mettendone in evidenza i motivi;
- 12) utilizzare solo simboli ed abbreviazioni concordati con tutti i membri dell'équipe (eventualmente inserire una legenda nella C.I.);
- 13) scrivere in modo leggibile;
- 14) usare un linguaggio e termini tecnici corretti e non usare espressioni dialettali. La documentazione deve essere chiara, specifica, precisa;
- 15) evitare di scrivere per un'altra persona;
- 16) registrare solo ciò che è stato personalmente fatto o osservato;
- 17) non aggiungere informazioni dimenticate utilizzando spazi ristretti.

## Archivio

È palese che le cartelle devono essere complete e disponibili al momento della consultazione. Spesso però negli ospedali manca questa possibilità. A tal pro-

posito vorrei segnalare un articolo di Murray e Topley (20). In una prima indagine gli Autori riferiscono che il tempo necessario al ritrovamento delle cartelle per un nuovo ricovero, varia da 10 minuti a 2 giorni. Successivamente espongono un'esperienza che è riuscita ad ovviare a questi inconvenienti.

Il contesto è un consultorio di ostetricia e ginecologia dove in una giornata occorre avere a disposizione anche 300 cartelle. Queste, una volta compilate e complete di documentazione, vengono affidate alle rispettive pazienti.

I risultati sono suggestivi: su un totale di 10.000 cartelle solo 2 sono risultate perse, ottenendo un risparmio di 1.750 ore di lavoro agli impiegati e 315 ai datilografi.

Pertanto si potrebbero ritenere gli stessi pazienti i custodi della loro cartella essendo ampiamente motivati, ma questo tipo di comportamento esula dalla nostra esperienza culturale.

## Conclusioni

La messa in atto della C.I. individualizzata comporta inevitabilmente un cambiamento delle abitudini quotidiane di lavoro. Ciò non può realizzarsi senza una minuziosa preparazione ed una riflessione, la più approfondita possibile, sul processo ad esso sotteso. Per realizzare tale esperienza non si possono identificare percorsi modello. Ogni gruppo professionale, all'interno della sua Istituzione deve intraprendere un proprio percorso che dev'essere studiato ed adattato alla storia locale, al contesto ed alle risorse umane e strutturali presenti.

La C.I. non può essere una copia di quella medica, ma deve rispondere alla funzione assistenziale dell'IP quale strumento valido per il suo lavoro, per la raccolta e la trasmissione delle informazioni, rappresentando uno strumento di identità e professionalità. Per la sua implementazione può rendersi utile un programma di formazione finalizzato all'acquisizione o all'affinamento di conoscenze sullo specifico disciplinare infermieristico, sul suo modo di estrinsecarsi e di realizzarsi, sulle tecniche di comunicazione, sulla metodologia per la formulazione di un modello di C.I. e sul suo utilizzo.

È infatti l'organizzazione dell'assistenza che dovrebbe adeguarsi ai bisogni del paziente e non pretendere che questi si adatti all'esigenze dell'istituzione.

## Bibliografia

- 1) AA.VV., *Introduzione e valutazione di una cartella infermieristica*, *Rivista dell'Infermiere*, 10 (1):13-19, 1991;
- 2) AA.VV., *Valutazione della qualità delle registrazioni infermieristiche: confronto tra reparti che utilizzano la cartella, la scheda infermieristica e la consegna tradizionale*, *Rivista dell'Infermiere*, 10 (1):20-25, 1991.
- 3) ANDREOLI A., BOGGIO GILOT C., MARMO G., *Il processo infermieristico - Guida all'esercizio professionale per personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario e della riabi-*

- litazione, Ed. medico Scientifico Torino, Cap 3 pag. 780-797.
- 4) Atti della giornata di studio *La cartella infermieristica: principi generali, esperienze applicate*, CNAIOSS Nucleo di Trieste, Collegio IP.AS.VI. Trieste - Trieste, 29 ottobre 1988.
  - 5) Atti della giornata di studio *Nursing e sistema informativo: documentazione infermieristica, realizzazioni informatiche in ambito infermieristico. Principi teorici ed esperienze applicate* CNAIOSS Nucleo di Trieste - Trieste, 28 novembre 1991.
  - 6) BASSAN F., FILAFERRO R., *Una cartella clinica per il malato in condizioni critiche, Scenario 1:1991* pag.15-16.
  - 7) BENTSSON AGOSTINO M., *La cartella clinica orientata secondo i problemi, Professioni infermieristiche*, 1983 n. 4 pag. 221-265.
  - 8) BETTEGA M., STRADLER M.N., *Analisi e modelli organizzativi del processo di nursing in: La formazione personale e professionale dell'organizzazione del nursing*, MB diffusione, Cap. 2 pag. 168-208.
  - 9) BRANDI A., *Ideazione, sperimentazione e realizzazione di un modello di cartella infermieristica*, Atti del XIII Congresso Nazionale CNAIOSS Verona 29/30 settembre 1/2 ottobre 1988 pagg. 127-145.
  - 10) CANTARELLI M., *Puntualizzazione sul concetto di prestazione*, Atti VIII Congresso Nazionale ANIARTI - Bologna 15-18 novembre 1989 pagg. 27-37.
  - 11) *Codice deontologico dell'infermiere*, Federazione Nazionale Collegi IPASVI 25 giugno 1977.
  - 12) D.P.R. 28 novembre 1990 n. 384 - *Produttività ed efficienza nei servizi*.
  - 13) DRADI U., TAIBI G., *Proposta di cartella infermieristica integrata - Atti: Il sabato con l'ANIARTI* Milano, 20 aprile, 4 e 18 maggio, 1° giugno 1991 pagg. 39-45.

# LA CARTELLA INFERMIERISTICA. ALCUNI SPUNTI DI PERTINENZA MEDICO-LEGALE

Dr. D. Rodriguez

Ricercatore dell'Istituto di Medicina legale e delle Assicurazioni dell'Università degli studi di Padova  
Attualmente: Professore straordinario di Medicina legale e delle Assicurazioni nell'Università degli Studi di Ancona

## 1. Introduzione

Nel 1565 Leonardo Botallo descriveva, in termini entusiastici, "un metodo ingegnoso e pratico e, per Ercole, degno di nota" adottato dai medici Melchiorre Pagano e Vincenzo Zoja: costoro "scrivono innanzi tutto in cima alla loro cosiddetta ricetta il tipo di malattia dedotto da ciò che è stato riferito, il giorno dell'inizio della malattia e tutto ciò che è necessario, e prescrivono quindi le medicine" (1). Questo metodo embrionale di registrazione di dati clinici — su ricette che venivano conservate dai pazienti —, essendo stato dai predetti medici adottato fin dai primi anni del loro esercizio professionale e successivamente recepito anche da altri medici, aveva fatto sì che nella loro zona (Asti e periferia) fosse disponibile per svariate persone una sorta di diario clinico, che si esibiva ogni volta che si consultava un medico.

Oggi non sono molti i medici che si mostrano entusiasti quanto Botallo della registrazione dei dati sanitari col metodo, ormai ampiamente diffuso, consolidato e disponibile della cartella clinica. Anzi, spesso, la locuzione "cartella clinica" è sinonimo di atto da compilare semplicemente perché imposto dalla consuetudine, di registrazione che porta via del tempo prezioso, di attività secondaria, di incumbente noioso. Anche se nessun medico vorrà mai ammettere una siffatta valutazione della cartella clinica, questa è pur tuttavia una realtà di cui si ha netta percezione e di cui va preso atto.

Credo che non sia casuale che nel momento in cui il medico vive una profonda crisi nel suo rapporto con la cartella "clinica", rapporto che non è più eminentemente "clinico" come dovrebbe essere, ma che è percepito come acriticamente doveroso se non addirittura come banalmente burocratico, proprio in questo momento l'infermiere mostri tutto il suo entusiasmo nei confronti della sistematizzazione della registrazione dei dati sanitari di sua pertinenza.

Questa considerazione preliminare spiega a mio avviso due degli equivoci fondamentali che hanno recentemente caratterizzato, e in alcune sedi stanno ancora caratterizzando, l'introduzione delle cartelle infermieristiche in alcune strutture ospedaliere:

- la resistenza da parte medica, spiegabile in termini di competitività: infatti la prevedibile maggior accuratezza di registrazioni da parte dell'infermiere,

farebbe risaltare la scarsa cura attualmente posta nelle registrazioni mediche;

- l'oltrepassare, nelle annotazioni in cartella, i limiti delle proprie competenze da parte infermieristica, spiegabile con la constatazione che il medico tralascia talune indicazioni, della cui competenza in ordine alla registrazione l'infermiere tende spontaneamente, in un entusiastico desiderio di essere completo nella descrizione, ad appropriarsi.

Ma questi due problemi hanno probabilmente una genesi più complessa. È infatti da osservare, in ordine al primo problema, che è attendibile che le resistenze mediche nascano anche dal sospetto che la cartella infermieristica finisca con l'essere una testimonianza dell'operato del medico (e quindi potenzialmente dannosa, in caso di errori od omissioni, nella diagnosi o nella terapia, da parte del medico). Quanto alla seconda questione, il fatto che si registrino in cartella infermieristica dati di pertinenza medica può essere ricondotto ad un dato di realtà di molti reparti, che cioè l'infermiere svolge in concreto attività che il mansionario (cfr. D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225) non gli consente, affidandole implicitamente alla competenza medica. Dalle precedenti considerazioni emergono due spunti da tener presenti.

In primo luogo, è prevedibile che il dibattito che è attualmente in corso sulla cartella infermieristica costituirà stimolo per un'ulteriore riflessione da parte medica sulla cartella clinica; la sensibilità dei medici al problema è infatti scarsa: pare quasi di essere arrivati al termine di un'esperienza o quanto meno — ed è sperabile che sia così — della prima fase di un'esperienza; e per passare alla seconda fase potrà risultare non marginale l'azione di pungolo culturale della neonata cartella infermieristica.

In secondo luogo, la prospettiva di realizzare una modulistica prestampata in relazione alla cartella infermieristica impone di affrontare la questione delle attività concretamente svolte dall'infermiere oltre quanto previsto dal mansionario; dette modulistiche prestampate, infatti, rifacendosi ai modelli anglosassoni, tendono ad esportare, insieme con il modello strutturale della cartella, un modello di "autonomia" dell'infermiere nella sua attività professionale secondo l'impostazione anglosassone. Ma questo modello non è così semplicemente esportabile nel nostro Paese, posti i limiti del mansionario.

L'interrogativo se indicare in cartella infermieristica anche quanto svolto al di là del mansionario, testimoniando con ciò un abusivo esercizio della professione medica, o se ometterlo, ancorché effettivamente eseguito, è di per sé irresolvibile: qualunque soluzione comporta infatti evidenti conseguenze negative. Non si può pertanto parlare di cartella infermieristica, in particolare del suo contenuto, senza riproporre la questione, da anni trascurata, del mansionario degli infermieri, obsoleto al suo nascere ed ormai in gran parte inadatto alla professionalità degli infermieri.

## 2. Definizione della cartella infermieristica e riferimenti normativi

Tralasciando questioni terminologiche che appaiono marginali, quale quella che riguarda la differenza che esisterebbe fra "scheda" — documento semplice ed essenziale — e più articolata "cartella" infermieristica, propongo una definizione tendenzialmente onnicomprensiva:

- 1) la cartella infermieristica è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri su o comunque in relazione ad un determinato soggetto nel corso di un dato ricovero ospedaliero;
- 2) nella stessa possono essere inseriti anche dati di carattere progettuale, vale a dire la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica sul ricoverato.

Una siffatta definizione — ed in particolare ciascuna delle due parti di cui si compone — pare non essere in contrasto con le fonti normative che riguardano la materia, disciplinandola molto sommariamente. Il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 recante il mansionario degli infermieri contempla, all'art. 1, *sub b*), fra le attribuzioni degli infermieri professionali, l'"annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) ...". È difficile fornire un'indicazione ampiamente condivisibile del significato che va attualmente attribuito al concetto di scheda "clinica"; ritengo tuttavia che esso possa corrispondere, almeno in parte, a quello di cartella/scheda "infermieristica". Se così fosse, dunque, la prima parte della definizione proposta risulterebbe conforme alla norma richiamata.

È poi da considerare l'accordo collettivo di lavoro concernente il personale del servizio sanitario nazionale (D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384) che in due passi prevede l'adozione di una cartella infermieristica, pur se in modo del tutto generico e senza dettare alcuna disciplina sulla sua tenuta:

- l'art. 57, lettera *d*), contempla che "deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che, nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità, consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino";

- l'art. 69, comma 6, cita, fra i progetti di valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni, anche "la qualità della documentazione clinica e adozione della cartella infermieristica" (cfr. lettera *l*).

Più puntuale è il piano socio-sanitario regionale 1989-91 (legge regionale Veneto 20 luglio 1989, n. 21) che contempla, al punto I.6.3.5, nella prospettiva dell'attivazione di un sistema di monitoraggio dell'attività infermieristica e tecnica, l'"adozione di una cartella infermieristica orientata alla valutazione delle esigenze assistenziali del paziente e dell'impegno infermieristico conseguentemente necessario".

Neppure l'enfasi che da queste due fonti normative (specie dall'ultima citata) viene posta sull'orientamento della cartella infermieristica piuttosto che sul suo contenuto contrasta con la definizione da me proposta; la seconda parte di tale definizione, che non tratta più la descrizione dell'attività svolta, si riferisce infatti agli aspetti progettuali, fra i quali si possono considerare rientranti anche gli orientamenti valutativi. Vi è ancora una precisazione riguardante la definizione proposta. Si fa riferimento ad un "dato ricovero ospedaliero", perché oggetto della discussione è sostanzialmente la cartella infermieristica ospedaliera. Le riflessioni che svilupperò su questo particolare tipo di cartella infermieristica possono essere comunque facilmente adattate alle problematiche dell'assistenza ambulatoriale, specialmente quando si tratti di controlli periodicamente reiterati. Del pari le idee fondamentali di seguito elaborate sono applicabili anche a schede infermieristiche connesse all'assistenza domiciliare.

## 3. Le finalità della cartella infermieristica.

La cartella infermieristica costituisce il supporto documentale necessario per garantire la continuità e la congruità del processo assistenziale. Non è quindi, semplicemente, un mezzo di integrazione della memoria dell'infermiere, ma è, più estensivamente, la banca dati di riferimento per la pianificazione dell'intervento infermieristico su un dato soggetto in actualità di ricovero ospedaliero (sia esso quello in cui è avvenuta la registrazione sulla cartella od un rientro).

Ciò, per converso, significa che la cartella infermieristica testimonia l'organizzazione dei servizi assistenziali svolti nei confronti del ricoverato.

Allora risulta chiaro perché — sia pure ermeticamente — uno dei rari riferimenti normativi che disciplinano la materia (della cartella clinica in genere) si preoccupi proprio di individuare un responsabile (che — come oltre commentato — si identifica con il primario) "della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna nell'archivio centrale" (art. 7 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128). Si ribadisce cioè la necessità che esista una figura che garantisca la qualità della documentazione sanitaria nella fase della sua formazione, quella cioè dell'erogazione dell'assistenza. Quest'ultima prospettiva, corrispondendo ad un'esi-

genza sostanziale, sembra superare le perplessità di chi sostenga che una previsione normativa vecchia di circa venticinque anni non possa essere adattata ad esigenze moderne e che in particolare neghi che nella locuzione "cartelle cliniche" di cui all'art. 7 cit. possa essere compresa anche la cartella infermieristica (cfr. più avanti per maggiori dettagli in argomento). L'ordinata e coordinata compilazione di una cartella clinica, è dunque il risultato di un effettivo ordine e di un reale coordinamento dell'assistenza, il che non può essere ottenuto senza l'esistenza di un responsabile.

Oltretutto, se perseguito, ancorché non raggiunto, l'obiettivo dell'ordinata e coordinata compilazione ha anche valore metodologico potendo risultare di stimolo alla riflessione ed alla presa di coscienza di eventuali carenze o incongruenze nell'organizzazione dell'assistenza infermieristica.

Queste considerazioni permettono di focalizzare il significato della cartella infermieristica che, in sintesi, è da intendere come finalizzata in primo luogo alla tutela della salute del singolo ricoverato e della collettività, ma che acquista anche significato metodologico, autovalutativo e pedagogico.

Dette osservazioni conclusive discendono con tutta evidenza dalle considerazioni precedenti. È solo da precisare, in quanto precedentemente non discusso, che il richiamo alla tutela della salute della collettività, ottenibile anche per il tramite della cartella infermieristica, riguarda le attività di ricerca scientifica che le cartelle infermieristiche, specie se opportunamente standardizzate, potrebbero consentire.

Da quanto sinora esposto non emerge una delle finalità che può sorgere spontaneo attribuire alla cartella infermieristica: quella cioè di essere mezzo di informazione reciproca fra i vari operatori sanitari, sia della stessa professione infermieristica che di altre.

Questo aspetto è stato sinora tralasciato a ragion veduta perché merita particolare considerazione non essendo assolutamente così scontato come di primo acchito potrebbe sembrare. Possono infatti sorgere equivoci soprattutto se non si indica con chiarezza che la cartella infermieristica non dovrà mai costituire il fondamentale — ed a maggior ragione l'unico — strumento di reciproca informazione; il rapporto diretto, sia infermiere-infermiere che infermiere-medico, è la sola modalità efficace per favorire il vicendevole flusso di informazioni. Ipotizzare che la cartella infermieristica possa sostituire tale rapporto vuol dire fermarsi ad aspetti superficiali, meramente esteriori, e postulare, in ultima analisi, un sistema di comunicazione che in realtà è inefficace.

Considerando un aspetto particolare del problema della comunicazione reciproca in ambito sanitario, quello della crisi del rapporto tra medico ed infermiere che si riscontra in varie realtà ospedaliere italiane, è evidente che esso non possa essere ricostruito attraverso (ed a maggior ragione sostituito con) freddi "bollettini" riportati sulla documentazione sanitaria di rispettiva competenza e concessa reciprocamente in lettura e consultazione.

Occorre dunque chiarire perché operatori sanitari di un'area professionale diversa — i medici — accedono alle cartelle infermieristiche. Se non v'è dubbio che in via generale il medico debba poter accedere alla cartella infermieristica, non altrettanto chiaro può risultare quando, in concreto, esista l'opportunità che il medico la consulti. In linea teorica le annotazioni di rispettiva competenza — medica ed infermieristica — dovrebbero non sovrapporsi, talché il medico dovrebbe consultare la cartella infermieristica solo quando avesse necessità di ricercare un dato, od una serie di dati, il cui rilievo è di competenza dell'infermiere. Ma se dovesse consolidarsi una prassi di confusione o sovrapposizione (anche solo parziale) di aree d'intervento, aree che così finirebbero con l'essere di competenza di entrambe le professioni, se quindi la cartella infermieristica dovesse riportare sempre più spesso dati d'interesse anche strettamente medico, questo fatto potrebbe diventare per il medico una sorta di alibi per diminuire sempre di più le proprie annotazioni nella cartella di sua competenza, fino a smettere definitivamente di registrare i dati clinici per affidarli alla registrazione infermieristica. La cartella infermieristica potrebbe così arrivare a sostituire la cartella clinica tradizionale, che verrebbe progressivamente ad impoverirsi nei contenuti fino a scomparire. In questa prospettiva esiste già oggi il pericolo della nascita (o meglio si registra già, per quanto sparuta, l'esistenza della prassi) per cui la cartella infermieristica è fonte d'informazione per il medico che si trovi a dover lavorare con una cartella clinica tradizionale compilata lacunosamente da altro medico del reparto.

Ma se è vero che ciò — il ricorso cioè da parte del medico alla documentazione infermieristica, che in genere è più accurata — ormai innegabilmente accade, tuttavia non può ammettersi una conforme finalità della cartella infermieristica: che cioè essa sia un doppiopione della cartella clinica, una sorta di strumento deputato alla doppia registrazione, e che debba quindi essere compilata con la finalità di avere a disposizione una doppia documentazione sanitaria. In tale eventualità, si assisterebbe alla definitiva deresponsabilizzazione del medico, in questa specifica materia, che si sentirebbe a quel punto autorizzato ad affidare ad altri, e solo ad altri, l'esecuzione del compito, ormai mal accetto dal medico, di registrazione dei dati sanitari nella loro globalità, anche di quelli cioè che non sono di competenza infermieristica.

#### 4. Il contenuto della cartella infermieristica

È ormai disponibile un'ampia bibliografia che tratta diffusamente dei dati da riportare nella cartella infermieristica, che per quanto riguarda il nostro Paese può essere fatta risalire a un fondamentale studio di Bengtsson Agostino (2) promosso dal Ministero della Sanità, per arrivare ai recenti Spada (3) e Sabboni (4). Eviterò pertanto di ripetere concetti già espressi, ed affronterò l'argomento in modo differente, schematizzando cioè il contenuto della cartella in-



fermieristica partendo dal presupposto che le indicazioni da riportare nella stessa non possono che corrispondere ad attività consentite all'infermiere, secondo quanto previsto dal già citato mansionario approvato con D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225.

Da queste premesse discende che le indicazioni da riportare nella cartella infermieristica risultano quelle di seguito elencate.

*Dati obiettivi;* sono da identificare con:

- gli "abituati rilievi di competenza" espressamente indicati alla lettera *b*) dell'art. 1: "temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti"; ad essi va aggiunto il "rilevamento delle condizioni generali del paziente" previsto dal numero 5) dell'art. 2;
- "le osservazioni eseguite durante il servizio", delle quali la predetta lettera *b*) contempla la registrazione su apposito diario, che nulla impedisce di far corrispondere ad una parte della cartella infermieristica.

*Modalità dell'assistenza;* il numero 1) dell'art. 2 del mansionario contempla l'"assistenza completa all'infermo"; in cartella infermieristica conviene indicarne le concrete modalità di attuazione.

*Atti diagnostici e terapeutici;* sono da identificare con:

- quelli elencati al numero 12) dell'art. 2 del mansionario (prelievo capillare e venoso del sangue; iniezioni ipodermiche, intramuscolari e test allergodiagnostici; ipodermoclisi; (\*) vaccinazioni per via orale, per via intramuscolare e percutanee; rettoclisi; frizioni, impacchi, massaggi, ginnastica medica; (\*) applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di ECG, EEG e similari; medicazioni e bendaggi; clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi; lavande vaginali; cateterismo nella donna; (\*) cateterismo nell'uomo con cateteri molli; (\*) sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico; (\*) lavanda gastrica; bagni terapeutici e medicati; prelevamento di secrezioni ed escrezioni a scopo diagnostico; prelevamento dei tamponi); la registrazione in cartella infermieristica di questi atti corrisponde ovviamente alla esecuzione degli stessi; sarà opportunamente precisato il controllo medico (previsto dal mansionario) delle attività contrassegnate con un asterisco (\*); non è fuori luogo ricordare che l'esecuzione di tali atti è subordinata alla loro prescrizione medica (per la registrazione della quale, cfr. poco oltre);
- quelli praticati d'urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) secondo l'indicazione del numero 11 dell'art. 2.

*Somministrazione di medicinali;* si tratta di quelli prescritti dal medico come da indicazione del numero 12) dell'art. 2.

*Somministrazione delle diete,* come indicato al numero 3) dell'art. 2.

*Raccolta, conservazione ed invio in laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche,* come indicato al numero 7) dell'art. 2.

*Prescrizioni mediche;* si tratta non solo di quelle propeudetiche alla somministrazione di farmaci e diete poco sopra indicata, ma anche di quelle relative ai trattamenti diagnostici e terapeutici richiamati appena prima nonché alla gestione del materiale per le ricerche laboratoristiche testè citata; ovviamente la registrazione in cartella infermieristica delle prescrizioni mediche va attuata con una modalità che consenta di distinguere la prescrizione medica dalla concreta esecuzione da parte dell'infermiere.

*Richiesta ordinaria e urgente di interventi medici,* come contemplato dalla lettera *c*) dell'art. 1 e dal numero 11 dell'art. 2.

*"Pianificazione degli interventi infermieristici";* ancorché non esplicitamente contemplata dal mansionario è da ritenere intrinsecamente connessa all'attività assistenziale, costituendone il presupposto metodologico.

Quanto ad altri aspetti del contenuto della cartella infermieristica, occorrerà procedere ad una valutazione nelle singole realtà di reparto in funzione dei profili organizzativi degli stessi. Per esprimersi più chiaramente, il mansionario non fa cenno esplicito alla facoltà dell'infermiere di rivolgersi ai familiari per averne indicazioni, o al ricoverato per la raccolta della storia infermieristica o per chiedergli notizie su bisogni di base o disturbi soggettivi. Nulla osta, nel contesto di un moderno processo di nursing, all'esecuzione di questi atti da parte dell'infermiere: conseguentemente, quando eseguiti, vanno registrate in cartella infermieristica le connesse informazioni.

Il problema non riguarda dunque la registrazione di questi dati, ma le modalità di raccolta degli stessi; in questi ambiti vi può essere infatti il rischio di una sovrapposizione dell'attività del medico e dell'infermiere che va opportunamente disciplinata.

Nello stesso senso va impostata la questione della cosiddetta *diagnosi infermieristica*. Le questioni medicolegali relative a questo concetto meriterebbero in realtà un'autonoma trattazione perché numerose e complesse, talché qui conviene astenersi anche solo dall'elencarle. Certo è che laddove la diagnosi infermieristica, intesa, seguendo l'impostazione di Yura e Walsh (5), come base per la definizione degli obiettivi e per la pianificazione degli interventi legati ad un problema del paziente che l'infermiere ha titolo di risolvere e comunque non come definizione di una forma nosografica sia divenuta una prassi accettata, trattandosi quindi di dato che finisce col rappresentare oggettivo strumento di indirizzo nell'approccio assistenziale al paziente, essa non può essere certo omessa nella cartella infermieristica.

Da quanto esposto risulta sinteticamente che il contenuto della cartella infermieristica viene ad essere rappresentato da un duplice ordine di fatti:

- a) i dati obiettivi relativi al paziente e le attività svolte in genere dall'infermiere nonché da altri fatti reali (quali le prescrizioni mediche);
- b) i dati interpretativi (ad esempio la definizione dei problemi dell'assistenza infermieristica e, ove am-

missibile, la diagnosi infermieristica) o progettuali.

Se è del tutto ovvio che le modificazioni nel tempo di quanto indicato in *a*) devono essere registrate in cartella infermieristica, non altrettanto pacifico — e quindi meritevole di specifica precisazione — è che anche quanto in *b*) è suscettibile di modificazione. Quindi anche in caso di modificazioni anche solo parziali dei dati interpretativi o progettuali deve esserne data indicazione scritta.

### 5. Il rapporto fra cartella clinica e cartella infermieristica

Penso di non essere molto lontano dal vero se affermo che la cartella infermieristica può essere considerata — almeno in parte — una sorta di aspetto evolutivo, espresso in forma individualizzata, del tradizionale registro (quaderno) delle consegne e dei rapporti, vale a dire di un documento che è stato sempre considerato — per abitudine — qualcosa di distinto dalla cartella clinica tradizionalmente adottata nei reparti ospedalieri.

Solo così è spiegabile che talora sorga un problema di rapporto fra cartella clinica e cartella infermieristica, come segnalato da Calamandrei. (6) È infatti ben noto che entra a far parte della cartella clinica tradizionale tutta la documentazione scritta, che a qualsiasi titolo, viene redatta in ospedale in relazione ad un dato soggetto nel corso della sua degenza (relazioni di visite specialistiche, risultati di indagini di laboratorio su sangue, urina ed altri materiali biologici, descrizioni di immagini radiografiche, eccetera).

Se dunque è vero, come a mio avviso è vero, che la cartella clinica è l'insieme, la struttura unificante, della documentazione sanitaria ospedaliera di un dato soggetto, allora anche la cartella infermieristica ne deve essere parte integrante. Sono convinto che cartella clinica e cartella infermieristica non siano concepibili come realtà separate in quanto sono necessariamente omogenee in funzione del fine comune della tutela della salute della persona ricoverata. Questa osservazione non è comunque una novità; alla stessa logica, sia pure a livello embrionale, si ispirano quelle particolari cartelle cliniche tradizionali la cui modulistica prestampata prevede un foglio di diario clinico su cui riportare la registrazione dell'assistenza infermieristica (cfr. Huffman, 7).

Resta inteso che in costanza di ricovero potrà, in funzione di esigenze di reparto, essere opportuno diversificare i luoghi di conservazione della cartella clinica tradizionale e di quella infermieristica nonché le rispettive modalità di accesso e consultazione. In ogni caso, all'atto della dimissione il documento sarà opportunamente unificato ed avviato alla conservazione archivistica nella sua interezza a testimonianza del coordinamento dell'approccio diagnostico-terapeutico ed assistenziale al ricoverato.

### 6. I requisiti formali e sostanziali della cartella infermieristica

Consolidate indicazioni dottrinali medico-legali in materia di certificati medici in genere e di cartella clinica tradizionale (8) distinguono i requisiti della predetta documentazione sanitaria in formali e sostanziali.

Ritengo che in fatto di cartelle infermieristiche debba essere assicurato il pieno rispetto dei "classici" quattro requisiti sostanziali:

- veridicità;
- completezza;
- precisione;
- chiarezza.

Di questi, quello più significativo è rappresentato dalla veridicità, in quanto è sostanzialmente ad esso che è connessa la effettiva corrispondenza fra quanto eseguito od osservato o pianificato e quanto scritto; sussiste tale requisito quando la rappresentazione grafica (quello che è scritto) è pienamente aderente alla realtà — oggettiva — ed alle connesse valutazioni ed interpretazioni, fin quasi ad identificarsi con essa. Per sottolineare l'importanza del requisito della veridicità, basti ricordare che — dal punto di vista giuridico — è proprio la sua carenza che potrebbe configurare il delitto di falsità ideologica in atto pubblico (è attendibilmente da ritenere che la cartella infermieristica sia atto pubblico, in quanto facente parte della cartella clinica tradizionale che è stata sempre valutata come tale in giurisprudenza) punito dall'art. 479 del codice penale con la reclusione da uno a sei anni.

È peraltro da considerare che i limiti fra veridicità ed altri requisiti sostanziali non sono sempre così netti come sommariamente potrebbe apparire, talché non è da escludere che il mancato rispetto di uno di essi possa di fatto incidere sulla veridicità.

Completezza e precisione abitualmente implicano che quanto effettuato, quanto obiettivamente raccolto, quanto valutato e quanto pianificato sia riportato per iscritto nel modo più conforme possibile alla realtà. Quest'affermazione può essere tuttavia suscettibile di eccezioni: ne cito due a titolo esemplificativo. In primo luogo è da considerare che nulla osta all'omissione di alcune notizie riferite in corso di anamnesi, che siano del tutto indifferenti dal punto di vista sanitario e che rivestano indubbio carattere riservato. In secondo luogo, ragioni di praticità inducono ad ammettere quelle formule sintetiche che indicano che un dato obiettivo è invariato rispetto al controllo precedente; ovviamente tali formule devono essere comprensibili e preferibilmente non affidate a sigle il cui significato può non essere pacifico e quindi risultare equivoco. Proprio esigenze di completezza e precisione fanno ritenere che i dati obiettivi possano essere corredati dalle connesse valutazioni di pertinenza infermieristica, come ad esempio, i problemi assistenziali da risolvere. Resta fermo che qualora in cartella infermieristica sia indicato un problema da risolvere è neces-

sario che il processo logico con cui viene progressivamente affrontato sia, nella medesima cartella, attentamente descritto.

Infine il requisito chiarezza merita peculiare attenzione in rapporto a tutte le annotazioni relativamente alle quali particolarmente sfumati possono essere i limiti fra dato obiettivo e portato d'interpretazione. Mi riferisco al fatto che quando vengono segnate indicazioni quali cianosi, edema, dispnea e simili, vi deve essere la consapevolezza che si tratta di indicazioni alle quali va attribuito un ben preciso significato lessicale e diagnostico e non possono quindi essere usati in modo approssimativo. Resta valida l'opportunità di indicare anche tutti i dati obiettivi che inducono a formulare le predette formulazioni diagnostiche.

Vi è un ultimo requisito, di carattere sostanziale, che va aggiunto ai quattro già sopra citati e mutuati dalla trattatistica medico-legale che si esprime in materia di certificati medici in genere. Quest'ulteriore requisito è rappresentato dalla tempestività nel riportare per iscritto le annotazioni. La tempestività della stesura è assolutamente indispensabile per quanto attiene ciascun singolo atto effettivamente svolto: è infatti evidente che la congruità dell'intervento assistenziale del caso può essere garantita solo se gli elementi a disposizione sono in ogni momento completi ed aggiornati.

I requisiti formali, che in definitiva altro non sono che gli aspetti pratici dei requisiti sostanziali, sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- indicazione del luogo in cui si svolgono determinati accertamenti, in particolare quando il paziente si rechi o sia trasportato temporaneamente in altro reparto;
- indicazione della data e dell'ora dell'accertamento e, se la stesura dell'atto scritto è tardiva (ma non dovrebbe essere così: cfr. poco sopra in punto di "tempestività"), anche della data e dell'ora di detta stesura;
- precisazione del nome e del cognome, con firma, di chi procede alle annotazioni, specialmente quando queste siano realizzate ricorrendo ad un modello prestampato con quadri da barrare con croci (il che rende difficile risalire alla grafia);
- precisazione della fonte delle informazioni raccolte circa la storia ed i bisogni attuali del paziente (in particolare, se derivino da soggetto diverso dal ricoverato);
- intelligibilità della grafia;
- adozione di accorgimenti e cautele particolari in caso di necessità di procedere a correzioni di errori materiali:

- a) limitatamente al momento in cui sono commessi è possibile coprire con un tratto di penna la parola da intendere eliminata che deve restare comunque leggibile, evitando quindi le cancellature totali, l'uso della scolorina e la copertura con bianchetto; la parola che sostituisce quella eliminata va scritta di seguito, evitando quindi di inserirla fuori riga;
- b) in epoca successiva occorre procedere ad una an-

notazione che dia esplicitamente atto del pregresso errore.

È da indicare conclusivamente che insidie — intese in questo contesto come indicazioni di procedure di registrazione che comportano il mancato rispetto di requisiti formali con conseguenze anche sul piano sostanziale — sono riscontrabili anche in bibliografia. Vi è chi, in particolare il già citato Calamandrei (6), propone un modello di cartella infermieristica in cui è previsto che alcune annotazioni circa la sintesi dei dati "sono da scrivere a lapis, perché possano essere cancellate e modificate via via che occorre".

## 7. La responsabilità della compilazione della cartella infermieristica

Ho già ricordato che il fondamentale riferimento normativo in punto di cartella clinica in genere richiama la responsabilità del primario "della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna nell'archivio centrale" (art. 7 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128). Ora è da chiedersi se una previsione normativa vecchia di più di vent'anni possa adattarsi ad esigenze moderne, ed in particolare se nella locuzione "cartelle cliniche" di cui all'art. 7 cit. possa essere compresa la cartella infermieristica, oppure se la responsabilità della regolare compilazione della stessa ricada su altri, ad esempio sul caposala.

Tale quesito non consente risposte di tutta certezza. Fra le prospettive di soluzione del problema ve n'è una, cui personalmente aderisco, che fa capo ad una particolare interpretazione, che ritengo aderente alla realtà attuale, del termine "compilazione". Alcuni spunti in tal senso possono essere ripresi da parte delle considerazioni svolte dalla più autorevole bibliografia relativa alla cartella clinica tradizionale.

Ricordo che Bargagna (9), dopo aver richiamato i sinonimi di "compilazione", che sono "redazione, composizione (con materia altrui), stesura", elenca quelli del verbo compilare: "mettere insieme, riunire, raccogliere (scritti altrui a formare un nuovo tutto), redigere, stendere, comporre, connettere". Non molto dissimile è la concezione di Gattai (10): questi precisa che "d'altronde "compilare" ha il significato di "mettere insieme, riunire, raccogliere (anche scritti altrui a formare un tutto unico), redigere stendere, comporre".

La responsabilità primaria, in ordine alla compilazione delle cartelle infermieristiche, dovrebbe dunque essere intesa come connessa alla fase di raccolta unitaria del materiale documentale non tanto a quella della stesura manuale; resta ovviamente fermo che la pianificazione dell'assistenza infermieristica nei confronti del ricoverato deve essere in sintonia con le direttive del primario in punto di globale trattamento del soggetto e coordinamento degli interventi sanitari.

Non va peraltro trascurato il fatto che al concetto di compilazione va associato l'attributo "regolare", e tale termine viene interpretato dallo stesso Barga-

gna (9) come probabilmente significativa "secondo le regole". Talché l'amministrazione ospedaliera può sempre provvedere ad emanare disposizioni a proposito della compilazione dei documenti sanitari, che regolamentino le specifiche competenze, in particolare del primario medico e del caposala, e gli ambiti di rispettiva responsabilità.

Non è da dimenticare che in argomento vi è un ulteriore riferimento normativo d'interesse. Si tratta dell'art. 41 del medesimo D.P.R. 128 del 1969, che indica che "il capo sala ... è responsabile della tenuta dell'archivio." Dal confronto della terminologia adottata, discende che in fatto di cartella infermieristica compito del primario medico è quello di vigilare e indirizzare la composizione unitaria del documento, mentre al capo sala compete la conservazione dello stesso nell'archivio di reparto fino alla consegna all'archivio centrale. Resta fermo che il capo sala, sempre alle dipendenze dirette del primario (art. 41 cit.), lo è in particolare anche in quest'ultimo compito (cfr. art. 7 cit.).

## 8. Sul rilascio di copie autentiche

Si tratta di questione che è di competenza specialistica medio-legale solo parziale, ma che conviene affrontare per opportunità di completezza.

Se dunque si conviene (come precedentemente prospettato) che nella cartella clinica debbano essere inseriti tutti i documenti inerenti la tutela della salute del soggetto nella fase di degenza ospedaliera, ciò porta automaticamente ad ammettere che la fotocopia autentica della cartella clinica includa anche la cartella infermieristica. Proprio l'esperienza medico-legale in ambito forense, con particolare riferimento alla problematica della responsabilità professionale per errore del medico, insegna che in più di un processo proprio il "registro delle consegne e dei rapporti" ha permesso di far chiarezza in modo concreto nei casi in cui la cartella clinica tradizionale era silente o incompleta. Di conseguenza è facile immaginare che — ove l'adozione della cartella infermieristica abbia consentito di abbandonare il predetto registro — la stessa potrebbe assumere, ovviamente secondo i casi, analoga importanza. È ben vero — per contro — che la copia della cartella infermieristica difficilmente potrebbe avere rilievo in ambiti diversi da quello della responsabilità professionale del medico; in altre parole è difficile prospettare l'utilizzabilità, in relazione, ad esempio, ad una pratica relativa ad un infortunio sul lavoro o ad un sinistro stradale, etc. In realtà la cartella infermieristica potrebbe assumere peculiare rilievo in caso di richiesta di riconoscimento di inabilità, cioè tutte le volte in cui sia necessario valutare il grado di autonomia del soggetto nello svolgimento delle attività della vita quotidiana: e la cartella infermieristica riporta tutte le caratteristiche di quei parametri (dipendenza da terzi, lavarsi, vestirsi, alimentarsi, bisogni corporali) che abitualmente sono presi in considerazione per siffatto giudizio.

Ma anche ammettendo, pur se non è probabilmente vero, che in molti casi il contenuto della cartella infermieristica potrebbe non rivestire alcun rilievo per chi dovesse richiedere la cartella clinica in genere, non è comunque ammissibile che sia la direzione sanitaria a selezionare il contenuto della cartella clinica — all'atto della richiesta della copia — in relazione all'uso che l'interessato intende farne. È evidente che ciò porterebbe ad indebite intrusioni nella sfera privata del richiedente. Poco agevole sembra poi la procedura di far indicare all'interessato se desideri la cartella clinica nella sua forma completa o in quella parziale, priva cioè della parte di competenza infermieristica: ciò comporterebbe un'opera di informazione sulla questione, che dovrebbe essere fornita al richiedente, in ogni singolo caso, sui due aspetti della cartella stessa.

Pare in sintesi inopportuno fornire la copia della cartella clinica in una forma che non sia quella originale, completa ed autentica.

In ogni caso, quale sia la decisione che le singole direzioni sanitarie adotteranno in punto di rilascio della cartella clinica tradizionale, ricordo che l'art. 5 del D.P.R. 128 già più volte citato contempla che "il direttore sanitario ... rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale".

L'articolo non richiama la cartella infermieristica, ma è da ritenere che la stessa rientri nella disciplina dettata dall'articolo stesso, se non come "cartella clinica" intesa in senso estensivo, almeno come "ogni altra certificazione sanitaria". Ciò significa, di conseguenza, che almeno quando esplicitamente richiesta, la cartella infermieristica non possa non essere rilasciata in copia al soggetto cui la stessa si riferisce (o ad altri aventi diritto di disporre).

## 9. Cartella infermieristica e tutela del segreto (professionale e d'ufficio)

Il peculiare interesse del tema medico-legale del segreto considerato in relazione al contenuto della cartella infermieristica è sostanzialmente connesso agli aspetti a) della stesura della stessa; b) della sua conservazione (specie nella fase del ricovero); c) del suo rilascio.

Prima di affrontare gli aspetti particolari, ritengo di dover chiarire il perché dell'adozione del generico termine segreto in luogo della tradizionale locuzione "segreto professionale". Ricordo che è ormai pacifico che la tutela del segreto in relazione al contenuto della cartella clinica tradizionale sia connessa sotto il profilo giuridico al disposto dell'art. 326 del codice penale oltre che dell'art. 622 (il primo punisce la rivelazione di segreti di ufficio, mentre il secondo la rivelazione del segreto professionale). Si può quindi argomentare, pur in assenza di pronunce giurisprudenziali in materia, che tale impostazione possa essere estesa anche alla cartella infermieristica.

Ma non è tale affermazione che voglio dimostrare, avendo essa valore eminentemente giuridico. Intendo solo indicare che l'uso della locuzione segreto professionale potrebbe generare equivoci. Per contro, visto che la sostanza, sotto il profilo deontologico, dell'obbligo di mantenere il segreto comunque non cambia, l'adozione della locuzione "segreto d'ufficio" significherebbe enfatizzare l'aspetto penalistico, privilegiando in ultima analisi il profilo formale, visto che oggetto del segreto sono pur sempre fatti connessi all'esercizio della professione. Anzi, il Codice deontologico dell'Infermiere approvato dalla Federazione nazionale dei Collegi il 25 giugno 1977 indica, al punto 3: "L'infermiere rispetta il segreto professionale non soltanto per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui".

In sintesi: è proprio per marcare la unitarietà sostanziale dei concetti che preferisco adottare la parola segreto (non ulteriormente qualificata) che è quindi da intendere non già come elusiva, ma piuttosto come onnicomprensiva.

In relazione alla stesura (a) della cartella, ho già fatto cenno al fatto che nulla obbliga l'infermiere a scrivere notizie anamnestiche del tutto indifferenti dal punto di vista assistenziale e che, anzi, se queste sono di carattere riservato, è piuttosto opportuno evitare proprio di riportarle. Per contro non è ammissibile estendere queste considerazioni a notizie, di preciso significato sanitario, pur se rivestenti carattere evidentemente riservato. In questo caso, infatti, è da ritenere prevalente l'interesse alla tutela della salute del soggetto piuttosto che della sua riservatezza; più chiaramente, tenendo presente la pluralità degli infermieri che intervengono nel processo assistenziale sullo stesso individuo, non è certo opportuno sottrarre alla conoscenza di un collega un dato clinicamente significativo ancorché delicato.

Quanto alla conservazione (b) delle cartelle infermieristiche nella fase del ricovero, occorre innanzi tutto assicurare la impossibilità di accesso alle stesse da parte di coloro che non hanno titolo per consultarle, garantendo un'adeguata modalità di conservazione; particolare cura dovrà essere dedicata alla più banale delle cautele, quella cioè di non lasciare le cartelle stesse in luoghi nei quali possano essere facilmente viste da estranei. In ogni caso pare opportuno che il primario medico ed il capo sala, in quanto responsabili il primo della conservazione della documentazione sanitaria in genere ed il secondo della tenuta dell'archivio, svolgano un'opera coordinata di educazione nei confronti del personale ospedaliero nella sua globalità sul fatto che l'obbligo di mantenere il segreto incombe indistintamente su tutti quanti si trovino non solo a consultare le cartelle (siano esse cliniche tradizionali od infermieristiche), ma anche semplicemente a manipolarle.

Circa il rilascio (c) della cartella clinica, ho già indicato che l'art. 5 del D.P.R. 128 sembra poter riguardare anche il rilascio di copia della cartella infermieristica, sia che la si voglia intendere come facente parte della cartella clinica, sia che la si consideri alla stregua di "altra certificazione sanitaria". Qui occorre considerare brevemente se esista contrasto fra diritto a disporre della documentazione sanitaria da parte di non meglio precisati "aventi diritto" e dovere di mantenere il segreto da parte del soggetto che viene richiesto del rilascio. Per quanto riguarda l'intestatario, che ha evidentemente pieno titolo di ottenere copia della cartella infermieristica, non si pongono problemi in tema di tutela del segreto.

Tutti gli altri devono dimostrare l'esistenza del diritto che, se effettivamente tale, non può non coincidere con una giusta causa di rivelazione del segreto. La giusta causa di rivelazione del segreto, esplicitamente non contemplata dall'art. 326 c.p., è da ritenere, per prassi consolidata, comunque operante in caso di documentazione sanitaria, visto che "le notizie di ufficio le quali devono rimanere segrete" in quest'ambito non possono che essere quelle che ricadono sotto l'obbligo del segreto professionale, in relazione al quale è invece prevista la giusta causa di rivelazione.

## Bibliografia

1. BOTALLO L., *Tractatus de medici et aegri munere*, Lione 1565; trad. it. *I doveri del medico e del malato*, UTET, Torino 1981, p. 91.
2. BENGTSSON AGOSTINO M., *La cartella clinica orientata secondo i problemi*, *Professioni infermieristiche* 36, 221, 1983.
3. SPADA P., *La cartella infermieristica in area critica: teorie ed esperienze*, Il Convegno regionale Lombardia ANIARTI, Milano 6 giugno 1992, Atti, p. 23; pubbl. anche in *Scenario*, 1, 13, 1993.
4. SABBION C. (diplomando), PACCAGNELLA B. (relatore), DALPONTE A. (correlatrice), *La cartella infermieristica quale strumento per la gestione e il governo dell'assistenza infermieristica*, tesi di diploma, Università degli Studi di Padova, Scuola diretta a fini speciali Dirigenti e docenti di Scienze infermieristiche, anno accademico 1992-93.
5. YURA H., WALSH M.B., *The nursing process*, 1988; trad. it. *Il processo di nursing*, ed. Sorbona, Milano 1992, p. 177.
6. CALAMANDREI C., *L'infermiere professionale abilitato a funzioni direttive*, NIS La Nuova Italia Scientifica ed., Roma 1993, p. 133.
7. HUFFMAN E.K., *Medical record management*, Physicians' Record Company, Berwin 1990, pp. 90 e 162.
8. CAZZANIGA A., CATTABENI C.M., LUVONI R., *Compendio di Medicina legale e delle Assicurazioni*, UTET, Torino 1991, p. 21.
9. BARGAGNA M., *La cartella clinica*, Tavola rotonda Aspetti organizzativi degli archivi medici ospedalieri, Pescia 15 ottobre 1972, *L'Ospedale*, 26, 145, 1973.
10. GATTAI A., *Cartella clinica. Compilazione, gestione-archivio, aspetti giuridici e medico-legali*, Organ. Edit. Medico-Farmaceutica, Milano 1979, p. 54.

# ESPERIENZE SULLO STRUMENTO CARTELLA INFERMIERISTICA

## Prima comunicazione

I.P. M.G. Cecchetto

Rianimazione Centrale - Padova

Collaboratori: gruppo I.I.P.P. per il progetto "Cartella infermieristica" Ospedale Padova

Sono un'infermiera professionale facente parte del gruppo che ha lavorato alla Cartella Infermieristica (C.I.) riguardante l'area di Terapia Intensiva.

La comunicazione che farò su questa esperienza riguarda l'iter della sua formazione. Non si tratta infatti di uno strumento già sufficientemente utilizzato. Questa relazione espone le tappe percorse per giungere alla formulazione di detto strumento che stiamo sperimentando.

La relazione si divide in due momenti:

- genesi della C.I.;
- illustrazione della stessa.

### **Genesi della scheda**

In questi ultimi anni si è venuta accentuando, da parte dell'IP, l'esigenza di dare al malato un'assistenza più adeguata, attraverso un rapporto più professionale, qualificato ed organico, che tenesse conto non solo del bisogno fisico, ma anche di quello psico-sociale. È cresciuta nello stesso tempo la consapevolezza che il ruolo dell'IP non è quello di puro esecutore delle prescrizioni mediche, ma ha un suo specifico professionale. Oggi viene riconosciuta all'IP la capacità di valutare situazioni anche complesse su cui successivamente effettuare prestazioni adeguate e delle quali risponde in prima persona dal punto di vista penale. Nell'iter che porta alla valutazione e quindi alla decisione, assume un ruolo particolarmente importante l'informazione.

L'IP avverte la necessità di gestire in modo razionale l'informazione e di adottare strumenti adeguati. Questa consapevolezza trova riscontro nel Piano Sanitario Regionale Veneto 1989/91 che prevede "uno specifico sistema di monitoraggio" delle attività infermieristiche che, muovendosi su alcune direttrici quali l'adozione della C.I. e l'attivazione di strumenti di verifica (Audit), si prefigge di valorizzare il lavoro infermieristico e di assicurare un miglior livello qualitativo di assistenza.

L'ULSS di Padova ha individuato tra le priorità: la revisione dei metodi e dei mezzi con cui vengono trasmesse le comunicazioni inerenti il paziente. Di seguito il Comitato Tecnico della VRQ (Verifica, Revisione, Qualità), ha istituito un gruppo di lavoro composto da infermieri professionali, caposala, caposala didat-

tici, capo servizi sanitari ausiliari, medici, il quale ha elaborato un progetto che prevede quattro fasi:

- 1) conoscitiva;
- 2) formativa;
- 3) sperimentazione/verifica;
- 4) diffusione dello strumento;

### **Fase conoscitiva**

Si articola in quattro momenti:

#### *a) elaborazione di un questionario.*

Il questionario fu dato a tutti i 66 reparti dell'Ospedale Civile e nella sua formulazione sono state individuate quattro aree:

- 1) area medica;
- 2) area chirurgica;
- 3) area di terapia intensiva;
- 4) area pediatrica.

#### *b) Analisi dei dati.*

Dall'analisi dei dati rilevati è emerso che:

- 1) l'IP scive molto, in modo dispersivo, con troppi strumenti, incorrendo in ripetizioni e possibili omissioni di informazioni;
- 2) l'IP è attento ai dati diagnostici e terapeutici ma trascurava quelli che riguardano l'assistenza di base ed il soddisfacimento dei bisogni del paziente;
- 3) vi è poca attenzione per gli aspetti legali della registrazione scritta (ad es. manca la firma);
- 4) utilizza lo stesso strumento per riportare problemi di carattere assistenziale ed organizzativi del reparto.

#### *c) Discussione dei dati.*

La consegna, così formulata, non consente una visione globale del paziente, non garantisce continuità nell'assistenza e non quantifica il lavoro dell'IP.

#### *d) Considerazioni.*

Dopo questa analisi si è dedotto che la consegna è uno strumento necessario ma deve avere delle caratteristiche ben precise e cioè:

- 1) completezza;
- 2) efficacia;



Inoltre dev'essere specifica per area e centrata sui bisogni del paziente per rilevare con sistematicità ed omogeneità i problemi psico-fisici e sociali dello stesso.

### Fase formativa

La fase di formazione si è sviluppata con iniziative specifiche inerenti il sistema informativo infermieristico, con il coinvolgimento di tutti gli operatori dell'area infermieristica, con l'organizzazione di tre corsi di formazione della durata di cinque giorni.

Durante il corso sono state elaborate alcune schede infermieristiche che successivamente furono sperimentate in alcuni reparti coinvolgendo tutto lo staff infermieristico e medico per apportare modifiche ed aggiustamenti. Si venne così a formare una scheda infermieristica specifica di ogni reparto.

In questa fase le difficoltà sono state notevoli; ci si riferisce soprattutto alle energie impegnate prima per far accettare uno strumento nuovo e successivamente per promuovere la collaborazione per la sua costruzione. Ciò è avvenuto con sistematiche riunioni di reparto.

### Sperimentazione

L'elaborazione delle osservazioni e dei suggerimenti raccolti da ogni gruppo di lavoro nel proprio reparto, portò all'enucleazione di un'unica C.I., quella che siamo qui a presentarvi, la cui sperimentazione ha avuto inizio nel gennaio 1993.

### Verifica

Un gruppo di lavoro formato da varie figure infermieristiche appartenenti all'area di Terapia Intensiva, Medica e Chirurgica sta elaborando gli strumenti di verifica (Audit) della C.I.

La prima verifica avverrà nel giugno 93 dopo sei mesi di sperimentazione per l'area di T.I. In base ai risultati ottenuti si valuterà quali e quante modifiche apportare.

### Conclusioni

La sorte della C.I. sarà quella che gli operatori vorranno darle.

Questo strumento potrà crescere in maniera valida e funzionale, adeguata alle nostre esigenze, se noi stessi sapremo usarlo con senso di responsabilità professionale.

È importante che ognuno dia il proprio apporto, soprattutto attraverso una corretta e completa compilazione e segnalazione di eventuali modifiche. Si tratta comunque di uno strumento nato e voluto da noi IP, ma che richiede un confronto continuo tra operatori per alimentare la prima motivazione (rispondere ai bisogni del paziente) e superare le iniziali difficoltà nell'uso di uno strumento che, nonostante tutto, si presenta complesso. Si auspica che questo lavoro non venga vanificato e possa successivamente essere utilizzato da tutto il Presidio Ospedaliero.

L'importanza di una corretta interpretazione della cartella infermieristica ha reso necessaria la stesura di un *vademecum* da utilizzare come una chiave di lettura mirata ad ottenere l'osservanza di principi comuni nella compilazione della stessa.

La "*cartella infermieristica*" si compone di 4 schede:

- scheda di accettazione;
- scheda riassuntiva;
- scheda di assistenza;
- scheda di dimissione.

La *scheda di accettazione* va compilata in tutte le sue parti al momento del ricovero e da un unico I.P.

La *prima parte* di essa si riferisce ai dati anagrafici e alla diagnosi di ingresso. In particolare per *diagnosi di ingresso* si intende la descrizione della patologia che ha determinato il ricovero del paziente in C.I. ed eventuale intervento chirurgico.

Per quanto riguarda la *persona referente* l'I.P. dovrà specificare il grado di parentela e/o il nome e cognome della stessa e riportare un recapito telefonico. La *seconda parte* si riferisce ai problemi che il pz. presenta al momento dell'ingresso in C.I.: l'I.P. dovrà barrare il quadrettino corrispondente all'eventuale problema e, di lato, dare una breve descrizione dello stesso.

Lo schema è stato suddiviso in voci riguardanti:

- **Respirazione:** l'I.P. dovrà segnalare eventuali alterazioni dell'attività respiratoria, eventuale uso di attrezzatura meccanica (monaghan, tubo ot/nt, respiratore, cannula, ecc.) e ossigeno terapia (mascherina, occhialini e arricchimento di ossigeno).
- **Circolazione:** l'I.P. dovrà segnalare alterazioni dell'attività cardiocircolatoria (iper-ipotesi, aritmie) e, più in generale, emorragie e disvolemie.
- **Stato di coscienza/emotivo:** l'I.P. dovrà segnalare alterazioni dello stato di coscienza del paziente (narcosi, iperagitazione, coma, ecc.).
- **Dolore:** l'I.P. dovrà segnalare la localizzazione dello stesso. Questo problema è riferito in special modo al paziente infortunato; non si devono escludere comunque tutti gli altri casi patologici che si manifestano con il dolore (fratture, dolori post-operatori, ecc.).
- **Mobilità:** l'I.P. dovrà segnalare traumi o patologie particolari che modificano la normale attività motoria (emiparesi, fratture della colonna, ecc.).
- **Patologie preesistenti:** l'I.P. dovrà segnalare l'eventuale presenza di diabete, ipertensione, insuff. renale, cirrosi epatica, ecc. e/o interventi demolitivi subiti dal paziente in passato (pneumectomia, nefrectomia, gastrectomia, bypass aortobifemorale, ecc.).
- **Portatore di:** l'I.P. dovrà segnalare l'eventuale presenza di pace-maker, pompe di insulina sottocutanea, ecc.
- **Altro:** l'I.P. dovrà segnalare tutto ciò che non sia riferibile alle voci precedenti e che costituisca un problema.

La *terza parte* è composta da due specchietti; nel primo sono elencati i vari tipi di *catetere*: per segnalare l'eventuale presenza al momento dell'ingresso in C.I. l'I.P. dovrà barrare la relativa casella; nel secondo specchietto si segnalano i *drenaggi* presenti all'ingresso in C.I. definendoli mediante:

- numerazione del drenaggio;
- localizzazione (add. dx/sn, toracico, ecc.);
- tipo di drenaggio (a caduta, in aspirazione, ecc.).

Nella *quarta parte* l'I.P. elencherà eventuali *oggetti personali* del paziente; questi saranno consegnati ai familiari dello stesso, i quali dovranno apporre la loro firma di ricevuta nell'apposito spazio.

L'I.P. che ha compilato la scheda di accettazione *porrà* alla fine della stessa la *propria firma*.

La *scheda riassuntiva* dura sette giorni ed è divisa in due parti.

La *prima parte* è costituita da uno specchietto di prestazioni routinarie eseguite dall'I.P. che nei riquadri giornalieri dovrà segnalare, con la sigla della legenda, la manovra o rilevazione effettuata e, a fianco, porre l'ora e la propria firma siglata.

Es.

Cat. Ven. Centr.

M h 8
MR

Le voci dello specchietto comprendono:

- **Circuito infusioneale:** si riferisce al materiale usato per l'infusione parenterale (sets, rampe, prolunghe, ecc.).
- **Circuito PVC:** si riferisce al materiale usato per la rilevazione della stessa.
- **Circuito respiratore:** si riferisce alla parure del respiratore meccanico.
- **S.N.G.:** sondino nasogastrico.
- **Catetere vescicale.**
- **Catetere venoso centrale.**
- **Catetere venoso periferico.**
- **Catetere arterioso.**
- **Tubo endotracheale.**
- **Catetere peridurale.**
- **Drenaggio:** in questo riquadro verrà segnato con « • » (vedi legenda) qualsiasi cambiamento avvenga durante una medicazione o una visita (diminuzione aspirazione, applicazione lavaggio, accorciamento, ecc.) che verrà poi riportato nella scheda di assistenza.

**Prelievi:** questo riquadro, per un'esigenza del nostro reparto, è suddiviso in tre parti e comprende i prelievi routinari della giornata (h 14 22 07), qui l'I.P. esecutore dovrà segnalare l'ora e porre la propria firma siglata. Qualora ci fossero dei valori alterati si segnaleranno con « • » e se ne darà descrizione nella scheda di assistenza.

- **Colture:** in questo riquadro basterà porre la "E" (per eseguito) con l'ora e la firma siglata nonché, il solito segnale "« • »" per specificare poi nella scheda di assistenza il tipo di coltura (emurocoltura, ecc.) e (se possibile) la motivazione;
- **Medicazione chirurgica:** verrà segnalata con una sigla della legenda la manovra eseguita quando questa rientra nella tecnica di routine, altrimenti, si segnalerà con il "« • »" e si riporterà sulla scheda di assistenza la descrizione di medicazioni particolari (zaffi, lavaggi con K71, ecc.).

*N.B.* Quanto riportato sopra è riferibile anche alle medicazioni dei vari cateteri.

- **Piaghe da decubito:** usando le sigle della legenda si annoteranno le manovre eseguite segnalando con "« • »", nella scheda di assistenza si riporterà:
  1. la descrizione della tecnica dei medicamenti usati per la prima medicazione;
  2. la descrizione di qualsiasi modifica alla medicazione già descritta.
- **Spazio vuoto:** l'I.P. segnalerà tutto ciò che non sia riferibile alle voci precedenti.

La *seconda parte* è costituita da uno specchietto per la segnalazione di bisogni, problemi ed osservazioni riguardanti l'aspetto psico-fisico dei pazienti; è stato così studiato perché l'I.P. possa avere una visualizzazione diretta del tipo di bisogno e/o problemi specifici.

Le voci riguardanti lo specchietto comprendono:

- **Igiene persona:** l'I.P. ne segnalerà l'esecuzione con le sigle della legenda.
- **Mobilizzazione:** comprende quella attiva e quella passiva (posture, seduto in poltrona, ecc.).
- **Respirazione:** comprende tutto ciò che riguarda l'apparato polmonare e la sua funzione, dalla grave insufficienza respiratoria con l'intubazione, alla ginnastica con try-flow, ecc.
- **Apparato cardiocircolatorio:** comprende qualsiasi problema legato alla funzionalità cardiocircolatoria (iper-ipotensione, extrasistolia, emorragia, shock, ipovolemie, ecc.).
- **Temperatura corporea:** ne sarà segnalata solo l'alterazione con descrizione della stessa, es.:
  - salita con brivido;
  - scesa per lisi.
- **Cute:** ne sarà segnalata qualsiasi alterazione (sudorazione, pallore, erosioni, tumefazioni, ecc.).
- **Apparato gastrointestinale:** ne sarà segnalata qualsiasi alterazione (vomito, assenza peristalsi, addome globoso, ecc.).
- **Eliminazione:** (diuresi e alvo) l'I.P. ne segnalerà qualsiasi alterazione (oliguria, ematuria, ecc.; melena, diarrea, ecc.).
- **Valutazione neurologica:** l'I.P. segnalerà eventuali alterazioni (emiplegia, parestesie, coma, ecc.).

- **Dolore:** qualora ve ne sia l'I.P. ne darà una precisa descrizione.
- **Riposo:** descrizione di qualsiasi alterazione del ritmo sonno-veglia.
- **Psicologico/relazionale:** segnalazione di particolari alterazioni dello stato di coscienza e lucidità.

Tali voci saranno segnalate nella casella dal "« • »" compreso nella legenda.

La *scheda di assistenza* è composta da cinque colonne:

- data e ora;
- problema/osservazione;
- intervento;
- valutazione;
- firma.

Le varie colonne di questa scheda possono essere compilate, a seconda del caso, nella loro globalità o solo in una singola parte perché il collegamento esistente tra loro a volte può essere immediato a volte, invece, è diluito e/o scaglionato nel tempo quindi le varie colonne vengono compilate in momenti diversi.

Es. risultati della medicazione di una piaga da decubito si vedranno solo con il passare dei giorni quindi, la valutazione sarà data solo dopo alcuni giorni;  
se il paziente vomita e noi interveniamo posizionando un sng o somministrando un farmaco, la valutazione del nostro intervento si farà dopo qualche ora.

- **Data/ora:** deve essere sempre scritta.
- **Problema/osservazione:** in questa colonna l'I.P. segnalerà un problema, bisogno o osservazione riguardante il pz. e di seguito sarà data la descrizione del-

l'eventuale intervento atto a risolvere il problema/bisogno, es.:

1. "paziente disorientato" in questo caso l'I.P. farà solo una rilevazione non seguita dalla descrizione di un intervento, ma la segnalerà per permettere di seguire l'evolvere dello stato psico-relazionale del pz.;
2. "si rileva arrossamento in zona sacrale" questo problema sarà seguito dalla descrizione dell'intervento.

- **Intervento:** descrizione di tutte le manovre atte a risolvere un problema.
- **Valutazione:** questa colonna serve all'I.P. per rilevare la soluzione o meno del problema.
- **Firma:** in questa colonna l'I.P. esecutore apporrà la propria firma siglata.

*Scheda di dimissione* - per il nostro reparto la dimissione è intesa per lo più come trasferimento del paziente in una corsia di reparto, è stata studiata, quindi, come strumento di informazione per gli I.P. che prenderanno in consegna il paziente e dovranno continuare l'assistenza. Proprio perché questo strumento sia chiaro e poco dispersivo per chi lo consulta si è pensato di suddividere la scheda in vari punti:

- **Dimesso:** in quei casi dove il paziente viene trasferito in altri ospedali.
- **Trasferito:** in quei casi dove il paziente viene trasferito nei reparti dello stesso ospedale.
- **Deceduto.**
- **Informazione infermieristica:** si andranno a segnalare: problemi ancora esistenti relativi alle varie voci dando una valutazione infermieristica finale.

Tutto ciò sarà firmato dall'I.P. esecutore.

RIF. CART. N. \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_

# CARTELLA INFERMIERISTICA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso [M] [F] Data di Nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Et  \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ prefisso \_\_\_\_\_

Persona referente \_\_\_\_\_

Religione \_\_\_\_\_

## INGRESSO

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Ricovero  URGENTE

PROGRAMMATO

TRASFERIMENTO

da altro Ospedale \_\_\_\_\_

da altro Reparto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'I.P.

REGIONE VENETO  
UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 21 - PADOVA  
PRESIDIO OSPEDALIERO

Reparto \_\_\_\_\_

## CARTELLA D'INGRESSO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ N. letto \_\_\_\_\_

Diagnosi d'ingresso \_\_\_\_\_

### APPARATO RESPIRATORIO

Respirazione:       spontanea                       normopnoica                       intubazione N.T.  
 meccanica                       dispnoica                       intubazione O.T.  
 altro \_\_\_\_\_                       polipnoica                       tracheostomia

### APPARATO NEUROLOGICO

orientato                       ipertono                       anisocoria     dx > sx     sx > dx  
 disorientato                       deviazione oculare                       isocoria  
 agitato                       emiparesi     dx     sx     miosi  
 soporoso                       tetraplegia                       midriasi  
 coda anestesiologicala                       monoplegia  
 altro \_\_\_\_\_

### APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

Pressione arteriosa \_\_\_\_\_ Frequenza cardiaca \_\_\_\_\_ Ritmico \_\_\_\_\_ Aritmico \_\_\_\_\_

Temperatura corporea \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

### APPARATO GASTROINTESTINALE

nausea \_\_\_\_\_  alvo \_\_\_\_\_

vomito \_\_\_\_\_  alimentazione \_\_\_\_\_

### APPARATO URINARIO

ASPETTO	CUTE LESIONI	SEDE	
<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> piaghe _____		<input type="checkbox"/> Fratture _____
<input type="checkbox"/> cianotica	<input type="checkbox"/> escoriazioni _____		_____
<input type="checkbox"/> pallida	<input type="checkbox"/> ferite _____		<input type="checkbox"/> Traumi _____
<input type="checkbox"/> itterica	<input type="checkbox"/> eritema _____		_____
<input type="checkbox"/> marezzata	<input type="checkbox"/> ustioni _____		<input type="checkbox"/> Intossicazioni _____
<input type="checkbox"/> sudorante	<input type="checkbox"/> _____		_____
<input type="checkbox"/> altro _____			_____

**PROBLEMI PARTICOLARI**

RIFERITI

Scheda A

ALLERGIE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PATOLOGIE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HANDICAPS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ABITUDINI DI VITA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRASFERIMENTI INTERNI**

DATA

DALLA SEZIONE

ALLA SEZIONE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EFFETTI PERSONALI**

ELENCO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONSEGNATI A:

COGNOME NOME (in stampatello)

GRADO DI PARENTELA

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA PER RICEVUTA

FIRMA DELL'OPERATORE



1)	DATA								
	CIRCUITO INFUSIONALE								
	CIRCUITO RESPIRATORIO								
	FILTRO UMIDIF.								
2)	MEDICAZIONI DATA								
	C.V.C.								
	C.V. PERIF.								
	CAT. ART.								
	FERITA CHIR.								

3) **PROBLEMI INERENTI AL BISOGNO DI:**

DATA									
RESPIRAZIONE									
IGIENE PERSONA									
INTEGRITÀ CUTE									
MOBILIZZAZIONE									
ALIMENTAZIONE									
ELIMINAZIONE									
RIPOSO									
PSICOLOGICI RELAZIONALI									

**LEGENDA:** M = MEDICATO  
 S = SOSTITUITO  
 X = QUANDO SI INSERISCE "SCHEDA BISOGNO" (SCHEDA H)  
 / = QUANDO NON SI UTILIZZA PIÙ LA SCHEDA

REPARTO \_\_\_\_\_

Scheda E

REGIONE VENETO

ULSS 21 PADOVA

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

PRESIDIO OSPEDALIERO

DATA	ORA	ESAMI STRUMENTALI E VISITE SPECIALISTICHE EFFETTUATE	ESITO RIFERITO	FIRMA



SCHEDA DI TRASFERIMENTO SCHEDA G

REPARTO \_\_\_\_\_

REGIONE VENETO

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

ULSS 21 PADOVA  
PRESIDIO OSPEDALIERO

INFORMAZIONE INFERMIERISTICA SU:

RESPIRAZIONE/CIRCOLAZIONE \_\_\_\_\_

MOBILIZZAZIONE \_\_\_\_\_

ALIMENTAZIONE \_\_\_\_\_

ELIMINAZIONE \_\_\_\_\_

DOLORE \_\_\_\_\_

STATO DI COSCIENZA/EMOTIVO \_\_\_\_\_

ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

ULTIMA TERAPIA SOMMINISTRATA \_\_\_\_\_

AVVISATI I PARENTI \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

FIRMA CS/IP \_\_\_\_\_



## Seconda comunicazione

A.F.D. L. Moda (relatore), I.P. V. Lazzarin,  
I.P. S. Pilotto

Semintensiva Coronarica Adria - Rovigo

È sempre arduo scrivere qualcosa, anche se semplici esperienze, sapendo a priori che verrà esposto dopo una giornata trascorsa con eminenti rappresentanti e cultori dell'infermieristica. Ciò non toglie che tantissimo si è detto e scritto in questi ultimi anni sull'attuazione della cartella infermieristica (C.I.) attraverso momenti di ricerca (corsi, convegni, aggiornamenti) dapprima fatta con spirito di innovazione da microgruppi, poi espansa in maniera significativa ma comunque resa ostile da moltissimi problemi tra i quali, e forse fundamentalmente ancora irrisolti, cioè la conoscenza scientifica di questo strumento operativo. Questa parziale conoscenza implica un rifiuto o, comunque, un motivo di diniego da parte dello staff professionale.

Non dimentichiamoci però, delle forti resistenze create in passato di interesse economico-amministrative legate all'aggiornamento.

Ancora ostentazioni nell'accettare questa innovazione di fare infermieristica è dato, per nostra sfortuna, il rincorrere tecniche che in altri Stati europei attuano da qualche anno.

Altro problema all'attuazione, se non all'avvio, di questo nuovo modello infermieristico, è stato dato dalla classe medica che "soffriva" al pensiero che l'IP potesse accostare l'utente per trarne informazioni utili per poi essere riportate su un documento, quindi pensando ad una perdita di immagine e di prestigio nei confronti dell'utente stesso.

A questa lunga serie di ostacoli ne seguono altri macroscopici anche se misconosciuti, cioè la formazione ormai inadeguata delle Scuole I.P.

Parlare di questo oggi è superfluo considerando la nuova normativa in materia sanitaria; ciò non toglie però che i programmi attuali siano obsoleti, incentrati ancora su materie, sicuramente doverose, ma che distolgono spazio ad altre materie come le umanistiche.

Quindi in questo contesto, forse esageratamente negativo, non si ha avuto terreno adatto perché questa nuova gestione assistenziale partisse in maniera appropriata.

Dopo questa noiosa e lunga considerazione legata al passato, cercherò di portare questa nostra esperienza, forse vissuta anche da parte nostra con gran parte degli ostacoli sopracitati, però ugualmente fortunati nell'operare in un contesto dove abbiamo avuto dalla nostra parte la Direzione Sanitaria ed il Primario di reparto.

Circa otto anni fa, dall'avvio della parziale conoscenza scientifica della C.I. nella nostra ULSS dove si è proceduto ad un significativo aggiornamento teorico,

qualche responsabile infermieristico è partito con entusiasmo alla costruzione di questa, all'epoca rivoluzionaria, C.I.

Questo però durò pochissimo a causa degli insormontabili problemi di ordine organizzativo e conoscitivo. Altri Caposala consorziatisi hanno creato, copiando, ritagliando, scambiandosi lavori con altre realtà limitrofe, un esempio di C.I. Però tutto questo non è bastato perché l'incongrua conoscenza tecnico-scientifica dell'équipe non permette la gestione di questo mezzo; più sbrigativa la consegna/rapporto, quindi più tempo da dedicare ad altre attività.

Una nostra indagine è stata rivolta nel ricercare le cause di questi ostacoli ed è emersa in modo lampante la non-conoscenza dell'interpretazione dei bisogni soprattutto quelli di interesse psicologico e sociale. Quindi il meccanismo ripercussorio dell'impreparazione equivale al rifiuto o all'osteggiare una risoluzione del problema.

Altro problema che emergeva e peggiorava questa innovazione era la formulazione della diagnosi infermieristica, quindi la mancanza di coordinamento tra bisogni e le metodiche strategiche per garantire una risposta adeguata.

Devo però ricordare la piena ed entusiasta collaborazione di tutto lo staff infermieristico nella realizzazione dell'iniziativa.

La nostra équipe infermieristica dapprima ha svolto un buon lavoro di ricerca bibliografica, nonché ha partecipato a ripetuti incontri di aggiornamento, costruendo nel contempo la C.I. attuale; si aggiungano inoltre, momenti di ricerca su parametri bioritmici come il ritmo sonno-veglia, effetti di disturbo, alimentazione, igiene, informazione.

Questi dati venivano elaborati e discussi in modo da far scaturire osservazioni riferentesi ai bisogni considerati.

I dati positivi che la C.I. offre sono molteplici ed è forse superfluo menzionarli tutti; va comunque considerato:

- 1) l'inquadramento assistenziale globale alla persona;
- 2) l'unicità dei bisogni, obiettivi ed interventi;
- 3) un'autonomia infermieristica gestionale e decisionale, maggiore attivazione e responsabilità dell'IP nel proprio operare per essere un professionista che assume decisioni;
- 4) la raccolta in un unico sistema di tutti i dati, quindi con minor dispersione di tempo ed evitando così errori;
- 5) assistenza cronologicamente mirata secondo tempi e modalità prestabilite dall'équipe;

- 6) possibilità di inserire altre ai parametri ed interventi assistenziali, anche piccole ma indispensabili note come effetti di disturbo, desideri, consegna e mantenimento di effetti personali, ecc.;
- 7) la C.I. offre la possibilità di seguire il paziente nei trasferimenti in altri reparti, per poi essere inseriti in archivio insieme alla cartella clinica senza accantonarla negli archivi di reparto.

Il progetto di C.I. è stato oggetto di una giornata di incontro tra le nostre ULSS Polesane dove, assieme ad un avvocato esperto di Diritto Sanitario, i Direttori Sanitari ed i Primari, si è discusso sull'argomento. Quindi in questa ottica la C.I. diventa parte della cartella clinica con non poche possibilità di divenire strumento di prestigio e di pari opportunità. Attualmente al nostra sezione utilizza una C.I. studiata e costruita dagli stessi operatori. Nella nostra ULSS, come obiettivo VRQ è stata individuata la necessità di adottare in tutti i reparti la C.I. La programmazione della C.I. ha fatto emergere la carenza di informazione nell'utente, per cui abbiamo

costruito (con modulo di ricerca) ed attivato un opuscolo che raccoglie tutte le informazioni riguardanti un programma educativo che comprende informazioni utili sia per la fase post-acuta che per la dimissione.

Tale opuscolo inoltre, contiene notizie riguardanti:

- dieta;
- attività fisica;
- controlli ematochimici e strumentali e loro significato;
- conoscenza dei farmaci;
- attività sessuale;
- fattori di rischio;
- ecc. ...

La nostra C.I. comunque, non ha alcuna presunzione di coprire tutte le esigenze assistenziali; però favorisce in modo notevole gli sforzi per migliorarci nell'attività operativa assistenziale e, perché no, nell'immagine infermieristica stessa.

### Terza comunicazione

I.P. E. Cigarini, I.P. G. Giancipoli,  
I.P. M. Melioli (relatrice), I.P.A.F.D. I. Fantini

Rianimazione dell'Arcispedale S.M. Nuova - Reggio Emilia

L'OMS, in una sua circolare, espone le ragioni fondamentali della necessità di predisporre ed adottare un modello di cartella infermieristica, che risponda ai seguenti requisiti:

- 1) permettere la comunicazione fra i membri dell'equipe ed evitare gli eccessi di documentazione e scritturazione;
- 2) responsabilizzare le azioni attraverso la loro codificazione, la riflessione ed il ragionamento secondo il metodo scientifico;
- 3) permettere la continuità delle cure e, di conseguenza, migliorare la qualità;
- 4) personalizzare l'assistenza ed al tempo stesso renderla globale;
- 5) consentire l'elaborazione di uno strumento utile al progredire della scienza infermieristica;
- 6) garantire protezione legale in caso di controversie giuridiche.

Logica conseguenza della condivisione di questi principi da parte dell'equipe infermieristica del nostro reparto, è stata la formulazione di una ipotesi di ideale, per quanto attiene alcuni presupposti suggeriti dall'OMS, una scheda infermieristica che rispondesse alla esigenza di dotarsi di uno strumento importante per la gestione del paziente critico.

In tempi successivi, maturando esperienze diverse, si è arrivati alla formulazione di un modello che, seppur perfezionabile, riteniamo possa essere proposto all'attenzione dei Collegi di area critica come possibilità operativa ed argomento di discussione.

#### **Materiali e metodi**

La scheda da noi adottata doveva rispondere ad esigenze di priorità che, durante la fase di evoluzione metodologica, sono, emerse con particolare vivacità. Essa è costituita da varie pagine così definite:

Prima pagina (vedi allegato n. 1):

in questa pagina vengono riportati i dati anagrafici del paziente e tutti gli elementi utili alla sua definizione (recapito telefonico ad esempio);

Seconda pagina (vedi allegato n. 2):

serve per identificare il paziente in base a dati anamnestici, caratteristiche psico fisiche e quantaltro serve ad inquadrarlo correttamente nel contesto della sua malattia;

Terza pagina (vedi allegato n. 3):

È costituita dalla elencazione di atti assistenziali com-



più sul paziente, sottolineandone i particolari utili ad individuarne e memorizzarne le caratteristiche, le modalità di svolgimento ed i tempi in cui questi atti sono stati eseguiti;

Quarta pagina (vedi allegato n. 4):

questa apposita pagina serve per riportare la rilevazione dei dati clinici obiettivabili per pazienti rilevando in ordine:

- le condizioni cliniche dell'apparato respiratorio (tipo di respirazione, modello di ventilazione ...);
- le condizioni dell'apparato cardio circolatorio, prendendo in considerazione le variazioni medie dei valori rilevati.

Il sistema urogenitale, sia per quanto attiene la funzione renale, sia per quanto si riferisce a problemi più specifici (incontinenza urinaria ad esempio);

- l'apparato gastro enterico, per quanto attiene la funzione digestiva (paziente in NPT con i dati dell'andamento glicemico, oppure i dati relativi alla tolleranza alla N.E., tipo quantità di ristagno, tipo di alvo, ecc.);

Particolare attenzione è stata data all'assunzione di notizie riguardanti il trofismo cutaneo del paziente, utilizzando uno schema mutuato da un protocollo per il controllo e la prevenzione delle lesioni da decubito in uso nel nostro reparto.

Una voce invece riferisce su consulenze, esami radiologici ed altre indagini strumentali effettuate sul paziente.

Vi è poi uno spazio nel quale l'IP di turno può riportare segnalazioni ulteriori rispetto a quelle precedentemente effettuate.

Quest'ultima pagina è comprensiva dei rilievi di tre giorni, suddivisi come è ovvio in tre rilevazioni quotidiane, corrispondenti ai turni infermieristici nel nostro reparto.

Allo scopo di trasmettere in modo obiettivo, sintetico ed al tempo stesso esauriente le informazioni a chi ne avesse bisogno, sono stati introdotti dei segni convenzionali elencati sotto la voce di "legenda".

Quinta pagina (allegato n. 5):

questa parte della scheda viene affidata alla fisioterapista al fine di poter registrare e trasmettere informazione sugli aspetti specifici del trattamento riabi-

litativo, la sua progressione nel tempo ed eventuali suggerimenti di trattamento assistenziale.

## Discussione

La compilazione di questa scheda, nella sua semplicità e sinteticità, a nostro parere risponde in maniera adeguata ad alcuni dei presupposti per i quali, è stata ideata.

Essa permette, nella nostra realtà, di trasmettere in maniera globale ed esauriente le informazioni necessarie per la corretta gestione infermieristica delle problematiche complesse che investono il paziente in rianimazione.

Consente una certa continuità di osservazione, monitoraggio e previsione d'intervento che sono essenziali per un adeguato svolgimento del nursing in Rianimazione.

Evita lungaggini e cattive interpretazioni legati alla trasmissione di notizie ed informazioni che non abbiano carattere di obiettività in un particolare contesto clinico.

Per i dati che vengono rilevati e riportati, è utile alla ricostruzione di particolari situazioni che siano oggetto di valutazione finalizzata ad altri scopi che siano quelli strettamente clinici.

la condivisione da parte di tutti i membri del gruppo dei vari procedimenti per addivenire all'uniformità nei rilievi ed il riconoscimento che in futuro essa sarà ampliata e rivista alla luce di quanto in più viene richiesto all'infermiere di ferianimazione in termini di competenza e comprensione delle caratteristiche particolari del paziente critico, nonché la convinzione che questa scheda non possa esistere isolatamente, ma venga inserita nel più ampio e complesso contesto della cartella medico-infermieristica, per vari motivi ancora di là da venire, ci induce a ritenere questo primo passo uno strumento utile allo stato attuale, sicuramente perfezionabile in una ottica di visione globale del paziente di rianimazione.

## Bibliografia

- 1) L'assistenza infermieristica in ospedale. Standard, qualità, valutazione, Associazione nazionale medici Direzione Sanitaria Edizioni SDM Noceto Parma, febbraio 1990.
- 2) I. RICCELLI, N. GAHA, *Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*, Edizione Rosini Firenze, ottobre 1990.



DATA:																				
RESPIRATORIO	VAM																			
	FO <sub>2</sub>																			
	EGA																			
	SEC.																			
EMODINAMICO	P.A.																			
	Fr																			
	P.V.C.																			
	ECG																			
RENALE																				
PRESENTA INCONTINENZA? (urinaria e/o fecale?)																				
TEMPERATURA																				
T.P.N.																				
GLICEM.																				
GASTRO ENT.	S.N.G.																			
	NES																			
	R.G.																			
	ALVO																			
CONDIZIONI TROFICHE GENERALI																				
DECUBITO																				
PRESENTA ULCERE? IN CHE SEDE?																				
A CHE STADIO?																				
È possibile effettuare la mobilitazione? (se no, spec. la motivaz.)																				
CONSULENZE	O.R.L.																			
	ORTOP.																			
	CHIR.																			
	NEURO																			
	CARD.																			
ESAMI RADIOL. TAC.																				
LEGENDA																				
↔	NORMALE																			
↘	IPO																			
↙	IPER																			
~	VARIABILE																			
•	SOSPESO																			
↑	RITARDO																			
↓	ANTICIPO																			
	VARIE																			
	VARIE																			
	VARIE																			
	VARIE																			
	VARIE																			
	VARIE																			
	VARIE																			
	VARIE																			

PRESIDIO MEDICO-CHIRURGICO *	POSIZIONATO	CAMBIATO	RIMOSSO
TUBO ENDOTRACHEALE			
SONDINO NASOGASTRICO			
CANNULA TRACHEALE			
CATETERE VENA CENTRALE DAL BRACCIO			
CATETERE GIUGULARE INTERNA			
CATETERE SUCCLAVIA			
CATETERE SWAN-GANZ			
CATETERE ARTERIOSO			
DRENAGGI			
DRENAGGIO TORACICO			
CATETERE VESCICALE			

\* specificare sempre il tipo di materiale usato

AU: \_\_\_\_\_

RW: \_\_\_\_\_

ANAMNESI INFERMIERISTICA: \_\_\_\_\_

EVENTUALI PROBLEMI FAMILIARI: \_\_\_\_\_

DATA																			
RICERCA MOVIMENTI VOLONTARI																			
MOBILIZZAZIONE PASSIVA																			
MOBILIZZAZIONE ATTIVA ASSISTITA																			
MOBILIZZAZIONE ATTIVA																			
RICERCA DEGLUTIZIONE																			
DRENAGGIO POSTURALE																			
GINNASTICA RESPIRATORIA																			
CLAPPING																			
ALTERNANZE DECUBITI POSSIBILE																			
ALTERNANZE DECUBITI NON POSSIBILE																			
POSTURE																			
BLOCCHI E RIGIDITÀ ARTICOLARI																			
DOLORI ARTICOLARI																			
RETRAZIONI MUSCOLO-TENDINEE																			
POSIZIONAMENTO DOCCE E TUTORI																			
CONTATTO SPORADICO NON CERTO																			
CONTATTO FREQUENTE MA NON COSTANTE																			
ESEGUE ORDINI SEMPLICI																			
COLLABORAZIONE																			

INDICAZIONI PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Quarta comunicazione

A.F.D. M. Jellici (relatore), I.P. R. Bigoni,  
I.P. V. Bolzon

Servizio di Terapia Intensiva Post Operatoria - Adria (Rovigo)

Voglio innanzitutto ringraziare l'ANIARTI che ci ha dato l'opportunità di presentare i risultati della nostra pur breve sperimentazione della Cartella Infermieristica (C.I.).

L'analisi che proponiamo non è stata compiuta in funzione di questo Convegno, ma rientra in un programma di verifica periodica che abbiamo adottato come metodologia di lavoro fin dal momento di introduzione del nuovo sistema informativo nel nostro Servizio. L'esperienza che io porto a nome di tutti i colleghi è stata avviata nella Semintensiva Post-operatoria di Adria, struttura a quattro posti letto che accoglie non solo pazienti chirurgici ma anche patologie acute respiratorie, cardiologiche e neurologiche.

Il Servizio è nato quattro anni fa e gli infermieri sono in prevalenza molto giovani e sensibili alle iniziative intese a migliorare il nursing.

I problemi organizzativi e di apprendimento hanno assorbito i primi due anni di attività e ci hanno fatto rimandare l'introduzione della C.I., preoccupati di dover dapprima raggiungere le abilità tecniche necessarie a fornire prestazioni necessarie a fornire prestazioni corrette ai nostri pazienti. Proprio perché nel tempo ci siamo accorti che in un Servizio di Terapia Intensiva il tecnicismo rischia di diventare predominante, abbiamo puntato sulla C.I. per recuperare quegli aspetti dell'assistenza che ci sembrano indispensabili in un progetto di umanizzazione delle cure.

Nella realizzazione di questo nuovo sistema informativo abbiamo individuato un obiettivo di tipo pratico per avere uno strumento organico in cui trovasse posto tutte le informazioni relative ai dati anagrafici, al monitoraggio, alle procedure da eseguire secondo protocolli, alla diagnostica, in modo da eliminare tutti gli altri strumenti preesistenti in reparto. Ci siamo poi dedicati ad individuare una serie di "monitoraggi speciali" che permettessero a tutti gli operatori di concentrare la loro attenzione su una serie di rilevazioni che consentissero una valutazione più aderente possibile ad ogni singolo paziente. A questo scopo abbiamo focalizzato i seguenti parametri:

- 1) stato della coscienza, spesso variabile ed imprevedibile e che, se sottovalutato, può essere causa di eventi critici;
- 2) grado di partecipazione al progetto terapeutico globale (clinico, psicologico, riabilitativo);
- 3) segni tipici della depressione;
- 4) rapporti con la famiglia a volte difficili o inesistenti.

Questo gruppo di osservazioni sulla sfera psichica ci

ha portato ad abituarci ad individuare oltre ai bisogni fisici più facilmente quantificabili, quelli più inespresi dal paziente e sui quali l'infermiere dimostra una certa ritrosia ad operare, forse perché tende a considerarli scontati.

La compilazione della C.I. relativamente a questi parametri voleva dire per noi puntare ad un obiettivo "ambizioso": la qualità dell'assistenza come diritto irrinunciabile per l'utente e come fonte di gratificazione per l'operatore.

In questo percorso ci siamo però dovuti confrontare con la realtà su cui abbiamo agito e ne sono emerse difficoltà di origine diversa: in modo prioritario segnaliamo come deterrente l'obbligo impostoci dalla Direzione Sanitaria di continuare a compilare contemporaneamente alla C.I. anche la consegna ufficiale. Altri problemi sono sorti per i seguenti motivi:

- difficoltà ad individuare i bisogni e la terminologia corretta per esprimerli;
- difficoltà nella raccolta dati sia per il quadro clinico di alcuni pazienti o per la degenza troppo breve di altri;
- difficoltà a conservare l'entusiasmo per un'attività che nei confronti di altre non dà riscontro altrettanto immediato in termini di gratificazione.

Dopo cinque mesi di sperimentazione abbiamo avviato un momento di ricerca focalizzando l'indagine in particolare sul problema che ci è parso più rilevante, ossia la rilevazione dei bisogni.

I dati statistici riportati riguardano un periodo di 5 mesi e su 95 casi abbiamo rilevato 59 C.I. compilate in modo completo e 41 in modo incompleto. Si precisa che quelle incomplete riguardavano 20 casi di pazienti post-operati e 21 di pazienti con patologie diverse, in prevalenza insufficienza respiratoria grave e quindi non collanoranti.

La durata della degenza di questi pazienti era inoltre inferiore alle 40 ore. Il numero dei bisogni complessivamente rilevati è stato di 150 casi così suddivisi:

<i>Bisogni fisici</i> 128 pari all'85,3%	
Aria .....	2,6%
Riposo .....	6,6%
Alimentazione .....	4 %
Necessità di liquidi .....	16 %
Eliminazione .....	11,3%
Sicurezza .....	14 %
Tranquillità .....	9,3%
Movimento .....	8 %
Libertà dal dolore .....	12,6%



*Bisogni psico-sociali* 22 pari al 14,7%

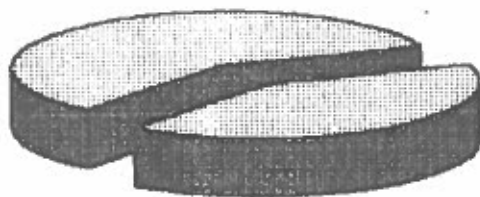
Comunicazioni .....	8,5%
Chiarezza cognitiva .....	4 %
Privacy .....	1,3%
Comunicazioni familiari .....	0,6%

I risultati di questa analisi hanno confermato le nostre difficoltà nella rilevazioni dei bisogni, in particolare di quelli psico-sociali, ma ha confermato anche che, in maniera più o meno evidente, l'uomo ne-

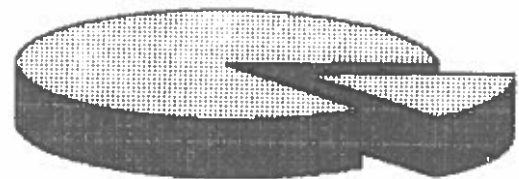
cessita di un'assistenza che prenda in considerazione tutta la sua persona: la C.I. ci può aiutare nel recupero di questa integrità in quanto ci porta gradatamente a tener conto delle sfumature della personalità individuale.

L'esperienza che abbiamo presentato dimostra inoltre che avere una documentazione organica consente in ogni momento di avviare un lavoro di ricerca permanente come processo di autovalutazione e revisione delle attività infermieristica verso una sicura crescita professionale.

Grafico 1



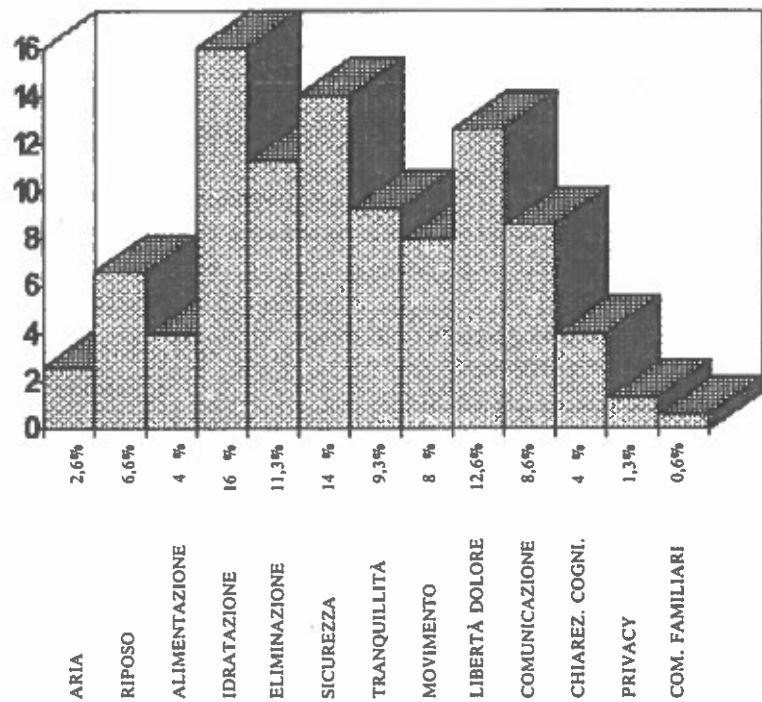
CARTELLE COMPLETE	59%
CARTELLE INCOMPLETE	41%



BISOGNI FISICI	85,3%
BISOGNI PSICOSOCIALI	14,7%

Grafico 2

SERVIZIO DI TERAPIA SEMINTENSIVA  
POST OPERATORIA  
OSPEDALE CIVILE ULSS 31  
ADRIA



# SCHEMA INTEGRATA MEDICO-INFERMIERISTICA IN UN SERVIZIO D'EMERGENZA

I.P. S. Avoni (relatrice), I.P. M. Peruzzi, I.P. L. Rizzo

SUEM Treviso Emergenza

Nella nostra realtà trevigiana, il servizio di soccorso con ambulanza, ormai pluriennale, è sempre stato gestito dall'Ospedale ed è parte integrante dello stesso. Circa tre anni fa si è trasformato in SUEM (Servizio d'Urgenza ed Emergenza Medica), con personale infermieristico proveniente da esperienze lavorative in area critica e medici anestesisti del 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione. Dall'ottobre 1991 gestiamo il servizio di Elisoccorso e, dall'anno successivo anche il numero di soccorso 118 come Centrale Operativa di 1° livello per la nostra provincia.

Questa evoluzione organizzativa ha portato il gruppo a maturare la necessità di documentare il proprio intervento di soccorso attraverso l'utilizzo di una scheda.

Questa nostra idea è nata per rispondere a diverse esigenze.

Volevano innanzitutto sopperire alla mancanza di uno scritto legale che accompagnasse il paziente da noi soccorso principalmente con una scheda che raccogliesse dati precisi sul soggetto, sul tipo di evento, sul trattamento sanitario eseguito e che fosse essa stessa uno strumento statistico per un controllo sulla qualità del nostro operato.

Doveva poi essere in grado di rispondere all'esigenza di fornire consegne complete ai colleghi del Pronto Soccorso.

Le priorità che abbiamo dato durante la fase iniziale di strutturazione sono state:

- rilevazione dei segni e dei sintomi del paziente per una corretta valutazione infermieristica;
- trattamento conseguente.

Dopo una prima stesura della scheda, ci siamo resi conto, discutendone in un gruppo di studio di cui facevano parte tutti i membri dell'équipe, che gli obiettivi che c'eravamo posti come infermieri erano molto vicini a quelli dei medici.

Questo fatto evidenzia l'importanza del lavoro d'équipe in un Servizio di Emergenza nel quale, pur non uscendo dai singoli ruoli professionali, lavoriamo a stretto contatto con un unico obiettivo finale: la salute di "quel" paziente partendo da valutazioni simili se non uguali, dei segni e sintomi rilevati, per praticare un trattamento integrato.

Per tutto ciò abbiamo ritenuto opportuno redarre una

scheda medico-infermieristica integrata. Così facendo evitiamo inutili doppioni ed abbiamo più garanzia di omogeneità e continuità nella registrazione dei dati.

Durante la fase di sperimentazione vera e propria, abbiamo distribuito equamente tra gli IP delle schede da compilare durante gli interventi con ambulanza. Al termine del periodo concesso le schede redatte raggiungevano l'80 %; il restante 20 % non compilato, era dovuto a del personale restio all'utilizzo della scheda stessa.

I motivi addotti da questi infermieri sono stati la mancanza di tempo per la compilazione ma soprattutto la difficoltà ad accettare una scheda non indirizzata ad un'unica figura professionale, o meglio il timore radicato di un confronto o comunque di una prevaricazione sulla figura medica.

Per quanto riguarda la scelta grafica, abbiamo voluto redarre una scheda che ci fornisca poi la possibilità di computerizzare i dati raccolti per consentirci un uso statistico degli stessi.

Per raggiungere questo obiettivo è stato necessario utilizzare schemi e ridurre al minimo gli spazi per le note discorsive. Con una scheda di tal tipo, però, è emerso una notevole difficoltà di compilazione da parte degli IP i quali, visto forse il loro back-ground culturale, si ritrovano poco abituati a schematizzare focalizzando gli eventi principali, mentre sono molto più inclini a consegne discorsive e descrittive.

Gli obiettivi futuri, sono quelli di coinvolgere i colleghi del Pronto Soccorso. Vorremmo instaurare con loro una collaborazione al fine di migliorare la qualità totale delle prestazioni, senza soluzioni di continuo tra l'emergenza extra-ospedaliera ed il trattamento ospedaliero.

La nostra scheda è ancora in fase sperimentale, quindi ipotizziamo delle verifiche future per apportare eventuali modifiche e migliorie.

Concludendo vorremmo sottolineare che il fatto di incontrarci tra colleghi per discutere e creare questo, ci ha permesso di evidenziare la necessità di acquisire altri strumenti di lavoro integrativi quali protocolli, procedure d'intervento, piani di lavoro per la Centrale Operativa ed, infine, ma non di secondaria importanza, programmi di formazione *ad hoc* a breve e lungo termine.



# PROTOCOLLO IN AREA CRITICA

I.P. L. Piazza (relatrice), A.F.D. C. Silvestri, I.P. I. Bergamin

SUEM Vicenza

## Introduzione

Quando è stato attivato il Servizio di Urgenza ed Emergenza nel nostro ospedale, tutto il personale proveniva dalla Terapia Intensiva e in parte dal Pronto Soccorso.

Nel gruppo le conoscenze erano diverse: chi aveva esperienza di Terapia Intensiva, chi di soccorso sul territorio e di ricezione delle chiamate. Questo ha permesso al gruppo di integrare le proprie conoscenze. Fintantoché il SUEM era esteso solo all'ULSS 8 tutto il sistema garantiva senza alcun problema l'attività. Nel momento in cui è stato attivato, sul nostro territorio provinciale, il numero unico per la Sanità 118 si è reso necessario l'aumento dell'organico infermieristico e l'informatizzazione della centrale.

Le difficoltà immediatamente riscontrate sono state relative al sistema informatico che prevedeva l'inserimento one line della chiamata.

A questo punto l'*obiettivo* da raggiungere per l'integrazione del nuovo personale nell'unità operativa era quello di avere un *protocollo*.

Questi organizzava l'attività in merito a:

- soccorso sul territorio (assistenza diretta);
- raccolta dati (ciò che si programma);
- ricezione della chiamata, e registrazione della stessa (attività amministrativa).

Le nostre risorse erano: per il soccorso sul territorio la predisposizione dei mezzi; per la ricezione della chiamata il centralino per il numero unico 118 e altri sistemi di telecomunicazione, mentre per la raccolta dati il sistema di computerizzazione elaborato dal consorzio Em.eA e le apparecchiature di registrazione.

## Chi lo utilizza

Il protocollo è utilizzato dal nuovo personale infermieristico del Servizio di Emergenza e per dagli studenti ed è articolato in tre fasi:

- soccorso non urgente;
- soccorso urgente;
- centrale operativa.

## Procedure

L'integrazione dell'infermiere che entra a far parte dell'organico del SUEM prevede un primo mese affiancato ad un altro infermiere nelle uscite non me-

dicalizzate e i successivi tre mesi in modo autonomo. Durante questo periodo gli infermieri esperti del servizio tengono delle lezioni teorico pratiche.

## Motivazione

Questo serve per sviluppare conoscenze e sicurezza in relazione a situazioni cliniche che richiedono prestazioni infermieristiche in pazienti che non siano in imminente pericolo di vita.

Permette inoltre l'utilizzo la conoscenza e il controllo del materiale disponibile nel mezzo di soccorso, la trasmissione corretta di dati via radio e telefono, l'ospedalizzazione del paziente in Pronto Soccorso o altro servizio adeguato, regolamentata da specifico protocollo redatto dal SUEM e dal Pronto Soccorso, la conoscenza di *procedure* specifiche come ad esempio il trattamento sanitario obbligatorio, la constatazione di morte, il rifiuto ricovero, ed inoltre l'inserimento della scheda medico infermieristica integrata nell'unità informatica.

Le lezioni teorico pratiche tenute dagli infermieri servono sia per un training più completo sia per verificare le conoscenze dei nuovi arrivati.

## Procedure

Dopo questi primi tre mesi di training l'infermiere professionale lavorerà per altri quattro mesi in situazioni di urgenza ed emergenza.

Ogni problematica incontrata nell'attuazione del soccorso viene discussa con l'équipe.

## Motivazione

Durante questi quattro mesi, l'infermiere professionale sarà in grado di rispondere a situazioni di soccorso urgente o in modo autonomo o in collaborazione con il medico nei pazienti in imminente pericolo di vita, in quanto la sua attenzione non è più rivolta alla conoscenza dell'organizzazione del lavoro ma alla risposta dei bisogni del paziente da soccorrere.

## Procedure

Dopo aver acquisito sicurezza e competenza nelle pro-

cedure di soccorso sul territorio si passa alla fase di acquisizione dei protocolli che regolano l'attività della Centrale Operativa.

Nella nostra organizzazione sono previsti due posti operatore mentre nella fase di addestramento il lavoro viene svolto in un'unica stazione di ricezione.

L'addestramento in Centrale Operativa prevede tre periodi:

- 1) l'infermiere operatore di centrale gestisce la chiamata e l'inserimento dati in computer mentre l'infermiere in fase di addestramento ascolta in doppia cornetta e osserva le procedure di inserimento dati apprendendo la modalità sequenziale di conduzione della telefonata in base ai bisogni dell'utente e all'impostazione informatica di raccolta dati;
- 2) successivamente l'inserimento dati viene fatto dall'infermiere in fase di addestramento che acquisisce sicurezza nell'utilizzo del computer, mentre la delicata gestione della chiamata continua ad essere a carico dell'infermiere responsabile;
- 3) l'ultimo periodo che conclude il training prevede la gestione totale da parte dell'infermiere, oramai non più in fase di addestramento, di tutto il sistema: ricezione chiamata, e inserimento dati on line. Dopo un mese dal primo periodo, il nuovo operatore ha sufficienti conoscenze e manualità per gestire autonomamente, la ricezione della chiamata, verrà così inserito nel turno come secondo operatore di centrale sempre con un collega esperto per portarlo gradualmente a conoscenza dalla gestione complessa di tutta l'attività della Centrale Operativa.

### **Motivazioni**

Diverse sono le motivazioni per cui si è pensato di procedere con questi criteri di comportamento.

Prima dell'applicazione di questo protocollo, attraverso il riascolto delle telefonate, si notava che il nuovo operatore cercava di guadagnare tempo con l'utente perchè concentrato nell'inserimento dei dati on line portando così ad un allungamento dei tempi di invio del mezzo di soccorso.

Frazionando il suo training, per l'attività di centrale come sopra descritto, abbiamo verificato che l'operatore acquisisce le conoscenze necessarie che lo mettono in grado di agire con sicurezza.

### **Verifica**

Alla fine di tutto ciò si passa alla fase di verifica di quanto appreso attraverso il riascolto registrato delle telefonate e alla consultazione dei dati statistici relativi all'attività svolta dall'operatore.

### **Conclusione**

Dopo un anno dall'applicazione di questo protocollo siamo riusciti ad integrare cinque operatori, attualmente inseriti in turno con un infermiere esperto.

Questo strumento in conclusione ci ha permesso di:

- omogeneizzare i comportamenti del gruppo;
- rendere gli stessi osservabili e pertanto valutabili;
- essere applicabile;
- consentire di capire il perché dell'innovazione;
- essere condiviso e accettato da tutti;
- essere modificabile.

### **Bibliografia**

*Protocolli per il nursing*, tratto da: *Rivista dell'infermiere* n. 2 1986.

# PROCEDURE IN AREA CRITICA PEDIATRICA

I.P. A. Zattarin (relatore), I.P. A. Paccagnella, I.P. A. Parpaiola

Terapia Intensiva Pediatrica - Padova

Il reparto di Terapia Intensiva Pediatrica di Padova è stato aperto circa due anni e mezzo fa, ha un organico di 18 infermieri e di una caposala, ed un numero di pazienti variabile da 5 a 10.

È una Terapia Intensiva polivalente, dove vengono seguiti bambini cardiopatici pre e post intervento chirurgico, bambini con problemi neurologici e neurochirurgici, affetti da insufficienza renale acuta, trapianti renali, ustionati, nonché bambini affetti da gravi forme di meningite, shock, malattie metaboliche che richiedono supporto ventilatorio, e di recente è stata introdotta l'E.C.M.O., ossia l'ossigenazione extracorporea per quei bambini affetti da patologie tali per cui i polmoni non sono temporaneamente più in grado di fornire la quantità minima di ossigeno necessaria per la vita (A.R.D.S., ernia diaframmatica, inalazione di meconio, ecc.).

Lo sforzo principale di ciascuno nel primo anno e mezzo di attività in T.I. è stato quello di acquisire nel minor tempo possibile il maggior numero di conoscenze, essendo per la maggior parte di noi il primo impatto con la realtà pediatrica e per molti anche la prima esperienza in T.I.

La formazione individuale, la provenienza di neodiplomati da scuole infermieristiche diverse e la divisione degli infermieri in turni fissi, hanno contribuito a creare metodi di lavoro diversi tra infermiere e infermiere e tra turno e turno.

Questo nel tempo ha contribuito a determinare problemi interpersonali e interprofessionali, e prese di coscienza sul diverso tipo di qualità di assistenza infermieristica erogata, da parte dei genitori, presenti nella nostra unità dalle ore 11 alle ore 21.

Alcuni di noi hanno iniziato a sentire l'esigenza di unificare il tipo di assistenza infermieristica, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza stessa, di dare più credibilità al lavoro infermieristico e di infondere fiducia ai genitori dei bambini ricoverati in T.I. Le procedure finora scritte sono circa una decina, e tutte seguono uno stesso schema.

Questo è diviso in:

- definizione: dove con poche righe si spiega il significato del titolo della procedura stessa;
- obiettivi: si espongono gli obiettivi che con tale procedura si intendono raggiungere;
- materiale: elencazione semplice di tutto il materiale occorrente;
- procedura: vengono spiegate con ordine sequenziale

tutte le manovre che l'operatore o eventualmente gli operatori devono eseguire. In alcune procedure a fianco viene spiegato il motivo di determinate azioni;

- avvertenze: sono previste solo per alcune, non per tutte le procedure;
- annotazioni: qualora la procedura lo richieda, vengono fatte le debite registrazioni sulla cartella infermieristica.

Nella stesura si è cercato che le procedure risultassero:

- facili da leggere;
- scritte in linguaggio semplice e di immediata comprensione;
- corrette sul piano scientifico;
- il più possibile attinenti alla nostra realtà di T.I.Ped.;
- semplici da mettere in pratica.

La maggior parte delle procedure finora preparate riguardano la gestione delle linee infusionali, e sono:

- inserimento del CVC;
- medicazione del CVC;
- prelievo da CVC;
- misurazione della PVC;
- modalità di preparazione e somministrazione della terapia e.v.;
- prelievo da linea arteriosa;
- inserimento e fissaggio del catetere venoso periferico.

Altre procedure sono:

- prelievo per emocoltura;
- fissaggio del T.E.T.;
- cateterismo vescicale.

Il motivo per cui la nostra attenzione si è concentrata inizialmente sulla gestione delle linee infusionali, è dovuto al fatto che abbiamo individuato come prioritaria la necessità di prevenire le infezioni causate dall'ingresso di germi attraverso tali vie.

Altre procedure sono nate da esigenze diverse. Ad esempio abbiamo cercato di standardizzare il prelievo per emocoltura in quanto si è verificato in passato qualche caso di falsa positività per contaminazione. Ora esporremo due procedure.

La prima riguarda il fissaggio del T.E.T. inserito per via rino-tracheale: abbiamo ritenuto importante standardizzare questa procedura in quanto il rischio di estubazione è elevato a causa di manovre che vengo-

no eseguite giornalmente (come per esempio il peso) e in relazione all'incapacità dei bambini molto piccoli di collaborare.

### Fissaggio del tubo endotracheale

Il fissaggio del tubo endotracheale è da considerare una manovra di fondamentale importanza, in quanto la rimozione accidentale dello stesso a causa di una errata procedura può causare gravi complicanze al paziente (desaturazione, ipossia, bradicardia, arresto cardiaco).

#### *Materiale occorrente:*

- cerotto in tela, largo cm 2,5;
- fisiologica;
- benzina;
- garze.

#### *Procedura*

È necessaria la presenza di due infermieri: il primo infermiere tiene ben fermi la testa del bambino e il tubo; il secondo infermiere cambia il cerotto.

Se il bambino si agita è buona norma iperossigenarlo prima di iniziare.

- Rimuovere il cerotto precedente, dopo averlo bagnato;
- pulire la cute del naso con fisiologica;
- sgrassare la cute, se necessario, con benzina (facendo attenzione a tenere ben chiusi gli occhi, magari con due garze);
- controllare l'esatta lunghezza di introduzione del tubo (scheda C della cartella infermieristica);
- applicare prima il cerotto a Y e poi il "baffo", facendo attenzione che il tubo non sia in trazione; è importantissimo che il cerotto venga fatto aderire perfettamente al tubo (soprattutto il 1° giro), onde evitare che il tubo scivoli all'interno dei cerotti; inoltre le due alette del cerotto a Y (a e b nel disegno), non devono essere molto lunghi (la lunghezza deve essere sufficiente a fare un solo giro attorno al tubo): sono preferibili infatti pochi giri di cerotto, ma ben aderenti, piuttosto che molti giri. Qualora si fissi il tubo subito dopo l'intubazione, effettuare una pulizia del punto di fissaggio onde rimuovere il silicone.

La seconda procedura che esponiamo riguarda il prelievo da catetere venoso centrale. Questa metodica viene usata nel nostro reparto in quei bambini che non hanno una via arteriosa e quando ci sono difficoltà a reperire un'accesso venoso per i prelievi di sangue; questo evita il più possibile di aumentare le procedure dolorose che in T.I. sono già numerose.

Abbiamo ritenuto importante standardizzare questa procedura in quanto nel "maneggiare" il circuito e il catetere venoso centrale, il rischio di contaminazione e di entrata in circolo di germi è molto elevato, e può portare in casi estremi a sepsi.

### Prelievo da catetere venoso centrale

Il prelievo da catetere venoso centrale serve per ottenere dal paziente una certa quantità di sangue necessaria per eseguire esami ematici di tipo fisico-chimico e microbiologico con metodo incruento (cioè senza dover pungere il paziente).

Il C.V.C. può avere 1 o più lumi; se ne ha due o più è consigliabile eseguire il prelievo dalla via prossimale perché tale lume, essendo a monte rispetto agli altri, ci garantisce che il sangue prelevato non sia contaminato dalle soluzioni che vengono infuse. A tale scopo, qualora il paziente sia sottoposto a terapia infusoria continua (quale ad esempio catecolamine, curari, elettroliti ed altro), è preferibile infonderla attraverso il lume distale.

#### *Materiale*

- Piano d'appoggio;
- telino sterile;
- guanti sterili;
- fisiologica;
- garze sterili;
- iodopovidone;
- aghi sterili;
- siringhe sterili (1 da 5 cc., 1 da 2 cc., più le occorrenti per il prelievo);
- tappo sterile per rubinetto.

Per la corretta esecuzione di tale manovra sono necessari due operatori.

#### *Procedura*

Entrambi gli operatori si lavano le mani.

#### *I.P. esecutore*

#### *\* I.P. aiutante*

Srotola la garza esterna del rubinetto dal quale si intende eseguire il prelievo.

Indossa i guanti sterili

- \* Apre la confezione del telino sterile  
Dispone il telino sul piano d'appoggio
- \* Inizia a passare il materiale al collega  
Dispone il materiale sul campo sterile e raccorda l'ago alla siringa da 5 cc
- \* Apre la fiala di fisiologica  
Aspira 5 cc di fisiologica  
Disinfetta il rubinetto con due garze imbevute di iodopovidone, facendo attenzione a non contaminare i guanti; poi toglie il tappo
- \* Stoppa le infusioni che scendono nel C.V.C.  
Esegue lavaggio del catetere con 2-3 cc di sol. fisiologica (in questo modo si ricreano le stesse condizioni del prelievo in arteria);  
Preleva 1,5 cc di sangue e lo appoggia sul campo sterile, preleva poi con una o più siringhe la quantità di sangue necessaria per l'esecuzione degli esami e la passa all'aiutante;
- \* Riempie le provette  
Infonde l'1,5 cc di sangue prelevato qualche attimo prima ed esegue lavaggio con fisiologica;



- \* Rimette in funzione le pompe;  
Avvita il tappo ed avvolge il rubinetto con garza sterile imbevuta di iodopovidone;
- \* Rimette in ordine materiale e stanza.

## Conclusioni

Le difficoltà nella stesura e nell'applicazione delle procedure sono state e sono tuttora molte.

Alcune sono dovute a problemi contingenti:

- prima tra tutti la difficoltà degli I.P. ad incontrarsi al di fuori dell'orario di servizio: nella nostra realtà infatti è impensabile di trovare dei ritagli di tempo per lo studio, la stesura e la discussione delle procedure durante l'orario di servizio. A questo si aggiungono la mancanza di uno spazio idoneo per trovarsi, l'assenza di un incentivo economico, gli impegni familiari ed altre cause;
- manca ancora la convinzione da parte di molti che per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica la via da percorrere è quella che utilizza come strumenti protocolli e procedure. Questo richiede un cambiamento di mentalità e il coraggio di abbandonare vecchi schemi di lavoro che apparentemente infondono sicurezza all'operatore, ma che in realtà provocano una situazione di staticità che ini-

bisce qualsiasi tentativo di rinnovamento. In generale il cambiamento provoca sempre un certo timore.

Altre difficoltà si possono ascrivere a problemi di ordine più generale, legati alla nostra professione:

- primo la mancanza della figura dell'I.P. specialista in area critica;
- secondo: la mancanza della figura del supervisore, presente all'estero, che ha la competenza per insegnare e l'autorità di far applicare le procedure e di verificare l'attività dei singoli infermieri;
- terzo: il posto di ruolo nella pubblica amministrazione garantisce il posto di lavoro fino al pensionamento, e questo non costituisce un incentivo al miglioramento della propria professionalità; a questo va aggiunta la mancanza di verifiche periodiche sulla preparazione dei dipendenti pubblici;
- quarto: manca la formazione permanente del personale infermieristico.

Alle soglie del 2000 la figura del singolo I.P. visto come esecutore di mansioni e non come professionista inserito all'interno di una equipe suona come qualcosa di anacronistico: anche se la strada da percorrere è ancora lunga, riteniamo di aver già mosso i primi passi, e l'esserci incontrati con voi oggi per parlare di questi argomenti ci incoraggia ad andare avanti.

## PROCEDURE IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

Fig. 1

### STRUTTURA:

- DEFINIZIONE
- OBIETTIVI
- MATERIALE
- PROCEDURA
- AVVERTENZE-COMPLICANZE
- ANNOTAZIONI

Fig. 3

### PATOLOGIE PRESENTI:

CARDIOPATIE ANOMALIE VASCOLARI  
NEUROLOGICHE, NEUROCHIRURGICHE  
I.R.A., TRAPIANTI RENALI  
USTIONI, SHOCK  
INSUFFICIENZE RESPIRATORIE  
MALATTIE METABOLICHE  
E.C.M.O.

Fig. 2

- FACILITÀ DI LETTURA
- SEMPLICITÀ DI LINGUAGGIO
- CORRETTEZZA SCIENTIFICA
- ATTINENZA ALLA REALTÀ
- SEMPLICITÀ DI ATTUAZIONE

Fig. 4

## GESTIONE DELLE LINEE INFUSIONALI

INSERIMENTO	CVC
MEDICAZIONE	CVC
PRELIEVO VENOSO	CVC
MISURAZIONE PVC	
PRELIEVO ARTERIOSO	
INSERIMENTO CV PERIFERICO	
PREPARAZIONE E SOMM. TERAPIA EV	

Fig. 5



Fig. 9

## ALTRE PROCEDURE

PRELIEVO PER EMOCOLTURA  
FISSAGGIO T.E.T.  
CATETERISMO VESCICALE

Fig. 6



Fig. 10

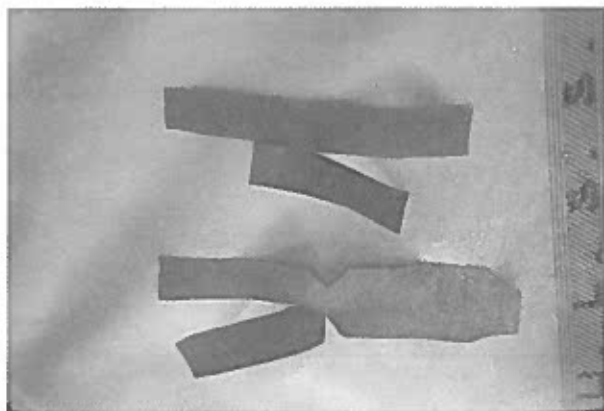


Fig. 7



Fig. 11



Fig. 8



Fig. 12

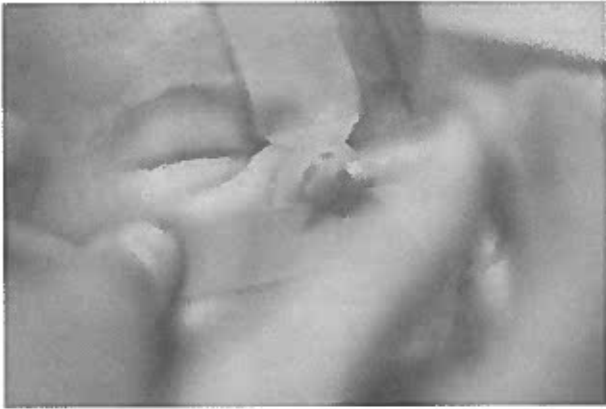


Fig. 13



Fig. 17



Fig. 14



Fig. 18

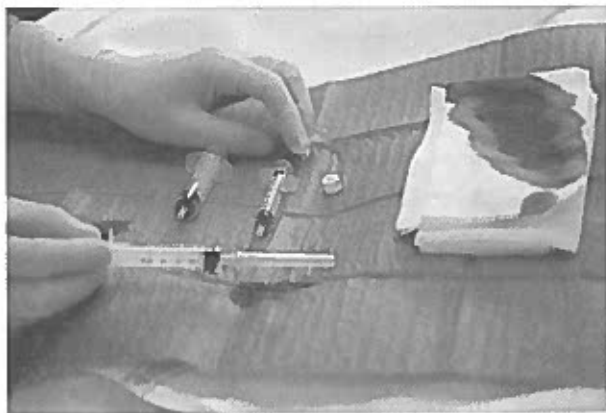


Fig. 15

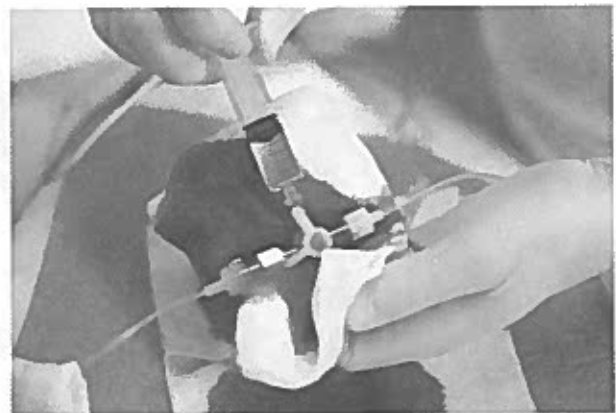


Fig. 19

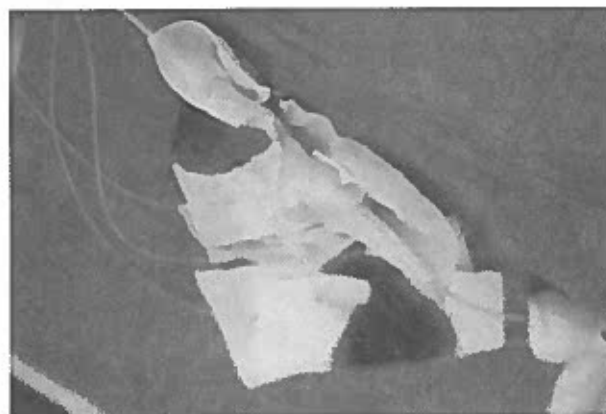


Fig. 16

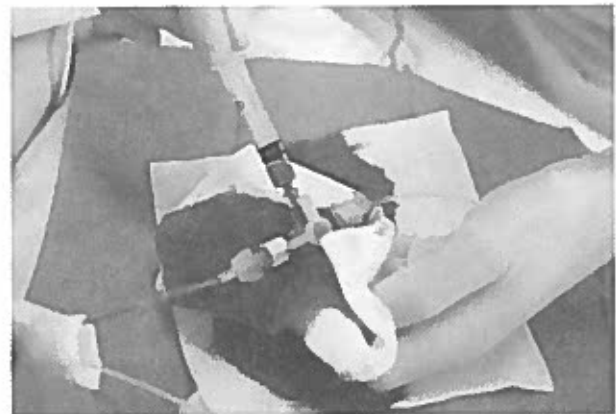


Fig. 20



Fig. 21



Fig. 23

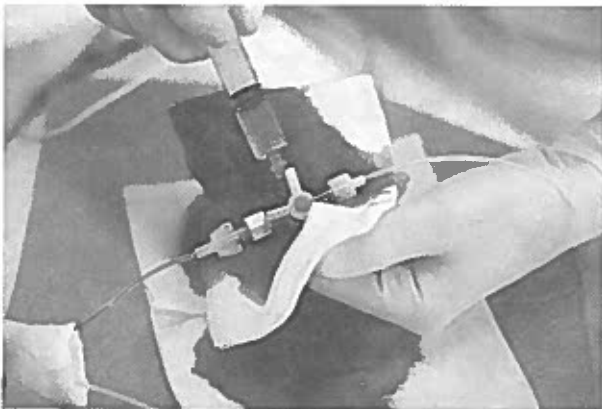


Fig. 22

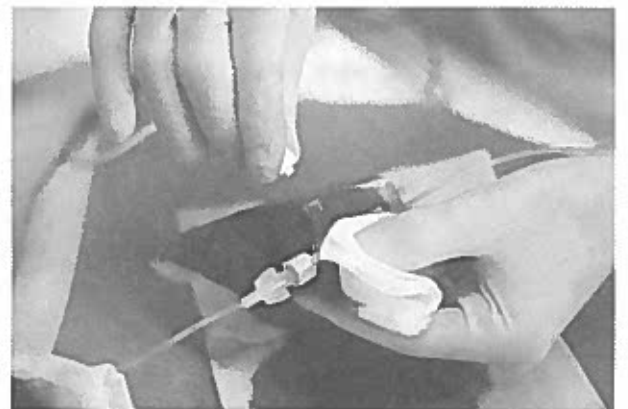


Fig. 24



Fig. 25

# STRUMENTI D'INFORMAZIONE ED INTEGRAZIONE: LORO UTILITÀ PER L'INSERIMENTO DEL PERSONALE E DEGLI STUDENTI

I.P. I. Bergamin (relatrice), A.F.D. C. Silvestri, I.P. L. Piazza

SUEM Vicenza

## Introduzione

L'unità operativa Suem è un servizio di urgenza ed emergenza e quindi, come tale, nella sua logica non deve lasciare niente al caso, ma bensì tutta l'attività deve essere pianificata, programmata e controllata. "La pianificazione è il processo di decisioni sugli obiettivi dell'organizzazione, sui loro cambiamenti, sulle risorse da usare per il raggiungimento degli stessi". R. Anthony "La programmazione non è un sistema rigido di decisioni, ma bensì un sistema organico e coordinato di conoscenza sui bisogni di salute, sulla domanda dei servizi e sull'offerta che consente di prendere giorno per giorno decisioni sull'efficacia dell'azione e sull'efficienza dell'impegno delle risorse".

"Il controllo è il processo mediante il quale si assicura che le risorse siano ottenute ed usate per il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione, inoltre assicura che compiti specifici siano portati a termine in maniera efficace ed efficiente". R. Anthony.

Questo ha richiesto, dal punto di vista organizzativo e assistenziale, la necessità di anticipare tutti i processi operativi in modo di dare delle risposte alle domande (bisogni) pervenute nell'unità operativa stessa. Per questo si è reso necessario individuare tutto ciò che è standardizzabile, (conoscenza di *come* avviene un evento) e prevedibile (conoscenza di *quando* avviene), purtroppo, essendo un servizio d'emergenza si può raramente prevedere il *quando*.

Nell'ottica di raggiungere questo obiettivo si è reso necessario l'uso di strumenti quali: protocolli, procedure, schede, ecc. ...

Questi hanno permesso, non solo di dare risposte adeguate all'utente, ma bensì si sono dimostrati strumenti indispensabili di informazione ed integrazione per l'inserimento di nuovo personale e di studenti. Nella nostra Unità operativa abbiamo creato il protocollo organizzativo per l'inserimento e l'integrazione del nuovo personale infermieristico che entra a far parte del servizio. In questa organizzazione generale si vanno ad inserire degli altri strumenti specifici atti a risolvere i problemi che l'infermiere deve affrontare durante lo svolgimento della sua attività. Questi sono individuati come:

1) *schede di lavoro*: utilizzate per avere un preciso

punto di riferimento nella gestione dei mezzi e del materiale, e per la programmazione dell'attività di trasporto di pazienti per diagnostica, trasferimenti, dimissioni;

- 2) *schede di soccorso*: scheda di intervento utilizzata come raccolta dati nella ricezione della chiamata e come documento per l'equipe di soccorso, scheda integrata medico-infermieristica delle prestazioni effettuate durante il soccorso;
- 3) *elenchi*: usati per consultazione tutte le volte che si rende necessario come ad es. controllo del materiale presente in ambulanza, guardie di reperibilità ecc. ...
- 4) *protocolli specifici*: vengono applicati in relazione al problema specifico. Per fare un esempio si è reso necessario formulare un protocollo di consegna ed accettazione del paziente tra SUEM e PS;
- 5) *procedure specifiche*: impiegate in situazioni particolari come ad esempio nel trattamento sanitario obbligatorio, nei casi di decesso, nel rifiuto del ricovero, nella non ospedalizzazione dopo trattamento sanitario a domicilio ecc. ...
- 6) *quaderno di consegna*: viene qui annotato tutto ciò che esula dalla standardizzazione ed è comunque una informazione che non deve essere persa e di interesse comune;
- 7) *aggiornamento*: istituzione di corsi finalizzati all'interno del servizio con consultazione di testi e dispense, esercitazioni pratiche, ascolto di registrazioni telefoniche ecc. ...;
- 8) *sistema informatico*: essendo la nostra centrale operativa completamente informatizzata, abbiamo cercato di utilizzare questo sistema anche per agevolare l'inserimento del nuovo personale. Sono stati inseriti quindi in computer tutti gli strumenti di cui abbiamo sino ad adesso parlato, permettendo una precisa raccolta dati ed una facile ricerca e consultazione delle varie informazioni di cui si necessita;
- 9) *stradari*: lo scopo del servizio è quello di dare al cittadino risposte diverse in base ai suoi bisogni come: portare l'ospedale dove venga richiesto nel minor tempo possibile, inviare la guardia medica, inviare una taxi-ambulanza. Questo ci ha portato a richiedere a tutti i comuni gli stradari della loro zona in modo da conoscere i luoghi di in-

tervento. Con l'estendersi della nostra attività a tutta la provincia e con l'informatizzazione della centrale operativa si è sentita l'esigenza di inserire queste informazioni nel nostro sistema informatico, permettendoci di focalizzare immediatamente il luogo dove ci viene richiesto l'intervento. Questo è, come si può facilmente dedurre, particolarmente utile nel caso di nuovo personale che ancora non sa ben riconoscere le località;

10) *elaborazioni statistiche*: queste ci permettono di verificare l'attività svolta, gli eventuali errori da correggere, e la conoscenza dei problemi che affluiscono all'U.O in modo che, come abbiamo detto all'inizio, si possa anticiparli per poterli rendere pianificati e standardizzati.

### Conclusioni

Concludendo gli strumenti citati in questa relazione si sono rivelati validi supporti per l'integrazione e l'informazione di chi entra a far parte dell'organico effettivo del servizio e di coloro che nell'unità operativa svolgono il loro tirocinio come studenti, in quanto creati per migliorare la qualità del servizio, si sono poi rivelati degli importanti punti di riferimento per

regolamentare l'operatività infermieristica nelle sue diverse attività:

- attività di assistenza diretta (tutto ciò che si compie *sul* paziente)
- attività di assistenza indiretta (tutto ciò che si fa *per* il paziente);
- attività di tipo amministrativo (tutto ciò che serve per la comunicazione e l'informazione scritta relativa al paziente e tutto ciò che riguarda l'approvvigionamento di risorse). Chiaramente bisogna dire che tutti gli strumenti descritti devono essere utilizzati da *professionisti*.

### Bibliografia

- AA.VV., *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, 1988 Editrice McGraw-Hill Libri Italia.
- AA.VV., *L'organizzazione dell'ospedale*, 1988 Editrice McGraw-Hill Libri Italia.
- CeRGAS A. MASSEI e A.A., *Dirigere i servizi infermieristici*, 1991 Edizioni CUSL.
- ROBERT N. ANTHONY, *Sistemi di pianificazioni e controllo*, 1989. Traduzione: Alessandro Cozza Caposavi, Michele Vasta, Edizioni ETASLIBRI.
- WILLIAM H. NEWMAN, *Direzione e sistemi di controllo*, 1981 Traduzione: Alberto Bubbio, Edizioni ETASLIBRI.

## SEGRETERIA SCIENTIFICA

**AFD M. Benetton (TV)**

**I.P. V. Lazzarin (RO)**

**AFD C. Silvestri (VI)**

**I.P. W. Favero (PD)**

**I.P. S. Rizzi (VI)**

**I.P. M. Toffanin (PD)**

Con la collaborazione di:

**AFD L. Donà (VI) - AFD C. Pegoraro (PD) - I.P. M. Toffanin (PD)**

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**I.P. W. Favero (PD) - I.P. M. Toffanin (PD) - I.P. A. Caleffa (PD)**

*Si ringrazia:*

per la sede l'Università di Padova  
per il patrocinio il Collegio IPASVI di Padova

*ed inoltre le seguenti ditte:*

- DAR s.p.a.
- MEDICAL VALEGGIA
- SEVIT
- Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo



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

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

## Atti del II Congresso Regionale Veneto

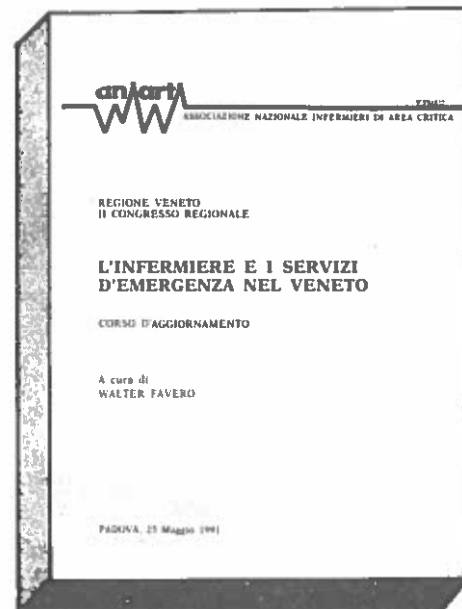
### L'INFERMIERE E I SERVIZI D'EMERGENZA NEL VENETO

Padova, 25 maggio 1991 pp 102.

Gli Atti si aprono con una interessante relazione sul ruolo dell'infermiere nell'emergenza. Seguono le sottoelencate relazioni:

- a) sistemi di comunicazione nell'ambito delle centrali operative: gestione infermieristica;
- b) quale professionalità per l'infermiere professionale nei Servizi d'emergenza?;
- c) dal primo intervento ai Servizi intraospedalieri: quale continuità assistenziale?;
- d) una comunicazione dal gruppo Infermieri Professionali di Verona Emergenza sulle esperienze di elisoccorso.

Nella seconda parte vengono presentati degli schemi organizzativi delle Unità Operative d'emergenza nel Veneto (Padova, Vicenza, Verona, Pieve di Cadore) e una Tavola Rotonda sulle prospettive per l'Infermiere Professionale nel progetto regionale dell'Emergenza Veneto, alla quale hanno partecipato qualificati e competenti relatori.



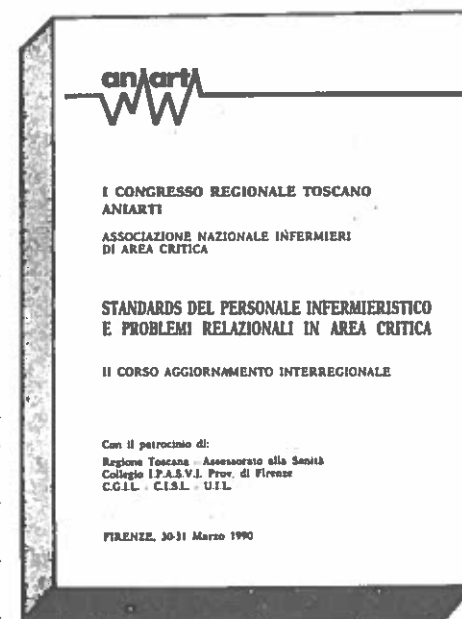
## Atti del I Congresso regionale toscano

### STANDARDS DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E PROBLEMI RELAZIONALI IN AREA CRITICA

Firenze, 30-31 marzo 1990 pp 158.

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

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



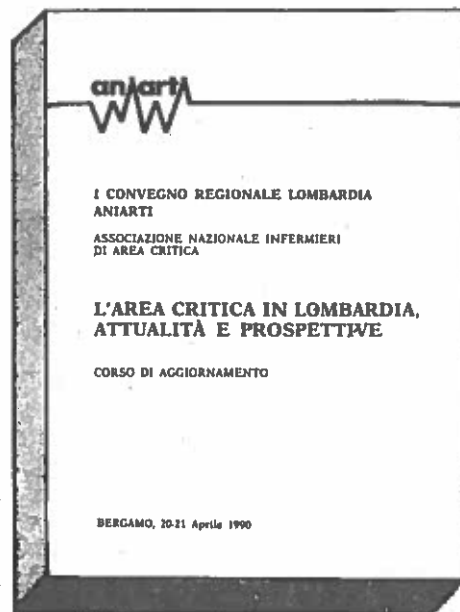
## Atti del I Convegno regionale Lombardia

# L'AREA CRITICA IN LOMBARDIA, ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Bergamo, 20-21 aprile 1990 pp 101.

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

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



## Atti del XIII Congresso nazionale

# L'UOMO E L'AREA CRITICA

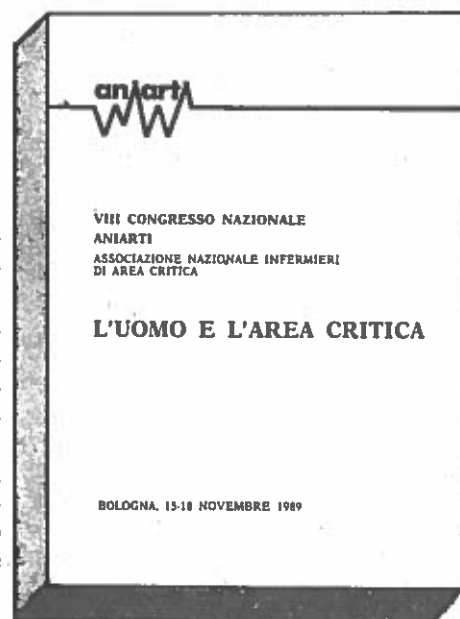
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

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

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

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

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



## Atti del IX Congresso nazionale

# AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

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

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

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

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

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

## Atti degli incontri di aggiornamento

# IL SABATO CON L'ANIARTI

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

Questi incontri di aggiornamento sono stati organizzati seguendo precisi obiettivi:

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

In ogni giornata sono stati affrontati argomenti differenti.

### I Le fasi critiche del paziente sottoposto ad intervento chirurgico

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

### II Emergenza ospedaliera ed extraospedaliera

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

### III Problematiche del paziente dializzato

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

### IV Aspetti etici e accanimento terapeutico (Tavola rotonda)

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



## Atti del X Congresso nazionale

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

Rimini, 14-16 novembre 1991 pp 179.

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

Prosegue con le seguenti relazioni:

- a) il sistema organizzativo Area Critica;
- b) la domanda di salute dei cittadini, analizzata in un'ottica politica ed economica;
- c) l'inserimento del personale visto come strumento di integrazione degli infermieri.

Vengono presi in considerazione il burn-out e lo stress.

- a) Si analizzano gli aspetti generali e i riflessi relazionali dello stress;
- b) si collega la sindrome del burn-out come risposta allo stress lavorativo;
- c) vengono confrontati i valori sociali, l'etica e lo stress;
- d) una interessante ricerca sul burn-out tra gli infermieri di Area Critica della provincia di Udine;
- e) si riporta l'esperienza degli infermieri professionali a contatto con i pazienti donatori d'organo come possibile causa di stress.

Tre interventi preordinati prendono in considerazione:

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

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

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



## Atti del II Convegno regionale Lombardia

# LA CARTELLA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA: TEORIE ED ESPERIENZE

Milano, 6 giugno 1992 pp. 140.

Questo corso di aggiornamento è stato impostato e condotto, seguendo dei precisi obiettivi:

- fornire linee guida per la definizione, l'uso e la strutturazione della cartella infermieristica;
- affrontare criticamente l'argomento;
- offrire un'occasione di incontro e di confronto tra gli infermieri.

La prima parte si riferisce agli aspetti teorici, dove vengono presentati i seguenti argomenti:

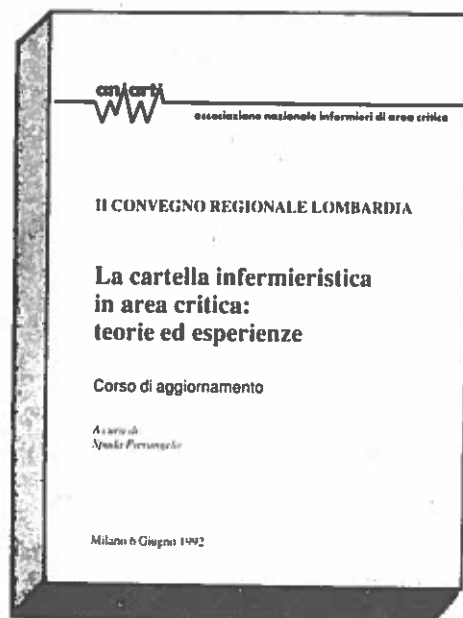
- a) complessità organizzativo assistenziale; l'importanza di un efficace sistema informativo;
- b) il raccordo tra il sistema informativo, il processo assistenziale e la cartella infermieristica;
- c) le linee guida per la strutturazione della cartella infermieristica;
- d) il sistema informativo dell'infermiere professionale, analizzando le possibili soluzioni attraverso l'impiego di sistemi informatici.

La seconda parte è riservata alla presentazione di esperienze sull'utilizzo della cartella infermieristica.

Il contributo è pervenuto dalle seguenti équipes infermieristiche:

- Cardiocirurgia dell'Ospedale di Varese;
- Ospedale Regionale "Beata Vergine" di Mendrisio, in Svizzera;
- Centro trapianto midollo osseo "Padiglione Marcora" del Policlinico di Milano;
- Rianimazione dell'Ospedale di Mantova;
- Rianimazione "W. Osler" dell'Ospedale di Garbagnate (MI).

Nel testo sono illustrate le cartelle infermieristiche che sono in uso nelle suddette realtà operative.



## Consiglio direttivo

### DRIGO ELIO:

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461  
c/o Ufficio Infermieristico - Osp. Civile di Udine  
Tel. 0432/552220

### SILVESTRI CLAUDIA:

Via Piccutti, 41 36100 VICENZA  
Tel. 0444/515766

### CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE  
Tel. 055/7322323  
c/o T.I. T.Cardioch. Careggi FI Tel. 055/4277706

### BURLANDO STEFANO:

Via Carrea, 7/23 - 16149 Genova  
Tel. 010/420290  
Rianimazione - Osp. Sanpiederarena di Genova  
Tel. 010/4102271-2

### PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE  
Tel. 040/416188  
c/o Direttrice Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel.040/3785443

### SILVESTRO ANNALISA:

Via Piemonte, 38 33010 Molino Nuovo Tavagnacco  
Tel. 0432-545329 Fax: 0432-480552  
Ufficio Aggiornamento USL n. 7 Udinese  
0432-552351.

### SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -  
Tel. 039-9906219  
D.D. Scuola I.P. - MERATE - Tel. 039-5916259

### PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.  
06-6245921  
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel.06-68592215  
Ospedale "BAMBINO GESÙ" - ROMA

### CIRIELLO ELENA:

Via Mariotto di Nardo, 4 - 50143 FIRENZE - Tel.  
055-7322323  
Rianimazione - Osp. Careggi di Firenze - Tel.  
055-4277473

### BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel.  
0422-23591  
c/o Rianimazione Centrale Tel. 0422-5823222/3  
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

### PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170  
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI  
Tel. 0141-392310-392820

## Consiglio Nazionale

### FRIULI VENEZIA GIULIA

**LORENZUTTI MIRELLA:**  
Via Sales, 40 - Sgonico 34010 TRIESTE  
Tel. 040-229561  
Ufficio agglomeramento - Tel. 040-3785206

**MAGAGNIN LAURA:**  
Via Brugnara, 27 33170 PORDENONE  
Centrale Operativa 118 PN Tel. 0434 550500

**GASTI MARCELLO:**  
Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-282780

**GERMANIS LUCIANA:**  
Via Abro, 15 - 34144 TRIESTE  
Direzione Sanitaria - Osp. Burlo Garofalo di Trieste  
Tel. 040/3785450

**MARCHINO PAOLA:**  
Viale XX Settembre 77 - 34100 TRIESTE Tel. 040/54520  
Neonatologia - Osp. Burlo Garofalo di TRIESTE  
Tel. 040/3785212

### VENETO

**FAVERO WALTER:**  
Via Volpino, 62 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) -  
Tel. 041-5730277  
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale  
Civile - PADOVA

**MAINAS MICHELE:**  
Via Vangadizza, 19 - 35030 RUBANO (PADOVA) - Tel.  
049/8989097  
T.I. Neurochirurgica - Osp. Civile di Padova - Tel.  
049/8213685-98

### TRENTINO-ALTO ADIGE

**CALLIARI OLIVIO:**  
Via Biasi, 102/A - 38017 SAN MICHELE ALL'ADIGE (TN)  
Tel. 0461/650522  
UCIC - Osp. S. Chiara di Trento - Tel. 0461/903309

### LOMBARDIA E CANTON TICINO

**BARAILO ROSELLA:**  
Via Vanoni, 18 - 23019 TRACONA (SONDRIO) - Tel.  
0342-653042  
Ortopedia - Osp. di Sondrio - Tel. 0342/521111

**DESSI MICHELA:**  
Piazza Bruzzano, 4 - 26181 (MILANO) - Tel. 02/6468263  
Rianimazione - Osp. Fatebenefratelli di Milano - Tel.  
02/6363493-6363414

**FERRARA PAOLO:**  
Via Codeborgo, 16 - 6500 BELLINZONA (Svizzera) - Tel.  
0041-92-262263  
Rianimazione - Osp. S. Giovanni di Bellinzona Tel.  
0041-92-268650

### ZERBINATI MARCO:

Piazza Grandi, 48 - 20020 SOLARO (MILANO) - Tel.  
02-96822219  
Rianimazione - Osp. S. Corona di Milano - Tel. 02-995134

### PIEMONTE E VAL D'AOSTA

**SCOTTI ANTONELLA:**  
Via Abletti, 33 - 14054 CASTAGNOLE LANZE (ASTI)  
Rianimazione - Osp. di Asti - Tel. 0141-392310

**SCHIRINZI STEFANIA:**  
Via Buriasco, 20/5 10135 TORINO tel. 011-3979461  
Rianimazione CTO 011-6933241

**ALTINI PIETRO:**  
Via Pomaro, 23 - 10100 TORINO tel. 011-365982  
CAR Molinette 011-6625500

**PALMIERI FULVIA:**  
Via Ogliaro, 3 - 10136 TORINO Tel. 011-332296  
Rianimazione Molinette 011-6635185

**CALBI ROSARIA**  
Via Gonin, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779  
Rian. Osp. S. Luigi Orbassa Tel. 011-9026434

### LIGURIA

**LOLLA MARIA TERESA:**  
Via Marchisio, 7/A/4 - 18166 QUINTO (GENOVA) - Tel.  
010-336960  
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5836440 Istituto  
"G. Gaslini" - GENOVA

**MOGGIA FABRIZIO:**  
Via Marconi, 50Int. 2 16031 Bogliasco (GE) tel. 010-3471453  
Ter. Int. Cardiologia Osp., S. Martino  
tel. 010/35352345/2267

**BILLIERI ALBA:**  
Via Acquarone 30 Int. 7 scala sin. - 16125 GENOVA - Tel.  
010/223072  
I Servizio di Anestesia e Rianimazione - Osp. Galliera - Tel.  
010/5632477

### EMILIA-ROMAGNA

**MINGAZZINI ANNELLA**  
Via di Mezzo, 70 40060 Toscanella (BO) Tel. 0542-672113  
Rianimazione osp. Rizzoli tel. 051-6366842

**DINICOLANTONIO DANIELA:**  
Via Beethoven, 5 - 40141 BOLOGNA  
Rianimazione - Osp. Ortopedico Rizzoli di Bologna - Tel.  
051/6366842

**PANZERI PAOLA:**  
Via Torrente Vanola, 13 - 40043 MARZABOTTO (BOLOGNA)  
Rianimazione - Osp. Ortopedico Rizzoli di Bologna - Tel.  
051/6366842

### TOSCANA:

**BRESCHIGLIARO PAOLO:**  
Via del Fante, 30 58010 Alberese (GROSSETO)  
Tel. 0564-407047

c/o Rianimazione - Tel. 0564-485248 Ospedale "Misericordia" - GROSSETO  
**CULLURÀ CLAUDIO:**  
Viale Diaz, 12 52027 S. Giovanni Valdarno Tel. 055-9121612

T.I. Card. Osp. Valdarno Tel. 055-9082596  
**BUTINI PATRIZIO:**  
Via Puccini, 4 - 52020 FAELLA (AREZZO)  
Pronto Soccorso - Osp. Civile di Figline Valdarno  
**D'AMORE PAOLA:**  
Via dei Sabatelli, 62/2 - 50142 FIRENZE - Tel. 055/7877955  
**RAGO GIOELE:**  
c/o Lulini Via Orsini, 81 - 50126 FIRENZE - Tel. 055/6811676  
Amb. d'urgenza - Ist. Ort. Traumatologico di Firenze - Tel.  
055/6588863

### MARCHE

**VIGNINI CLAUDIA:**  
Via Marconi, 173 60125 ANCONA Tel. 071-42705  
Rian. Ped. Saleci Osp. Ancona Tel. 071-5982313-4-5

### ABRUZZO

**CASTELLANI AUGUSTO:**  
Via dell'Aquila, 67020 L'AQUILA - Tel. 0862/67579  
Rianimazione - Osp. Civile dell'Aquila - Tel. 0862/778418

### LAZIO

**MARCHETTI ROSSELLA:**  
Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA  
**TORRE ROBERTO:**  
Via delle Canapiglie, 84 - 00169 ROMA - 06-260064  
Istituto Anestesiologia e Rianimazione  
Policlinico Umberto I - Roma Tel. 06-4483101/02  
**VILLANI CAROLINA:**  
Via Scaligeri, 40 - 00164 ROMA - Tel. 06-66171386  
Rianimazione - CTO di Roma

### CALABRIA:

**STANGANELLO FRANCESCO:**  
Via Sardegna, 15 - 89015 Palmi (RC)  
Rianimazione Osp. Reggio Calabria USL n. 28  
Ricerca Tel. 0966-233220-21548-45471

### CAMPANIA

**BIANCHI GIUSEPPE:**  
Via Naldi, 21 - 80055 PORTICI

### SICILIA

**TORTORICI LUIGI:**  
Via Porta Palermo 91011 ALCAMO  
USL n. 6 ALCAMO Tel. 0924-505083

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

# FREE FLOW

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

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

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



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



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



## IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

# DARI

DISPONIBILE  
ANESTESIA  
RINNALZAZIONE

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



RICERCA,  
PARTNERSHIP,  
QUALITÀ.

IN  
ALTRE  
PAROLE,  
WANDER  
SANDOZ  
NUTRITION.

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

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

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

**WANDER**

**SANDOZ NUTRITION**

**RICERCA AVANZATA  
IN NUTRIZIONE ENTERALE.**