

infermiere **oggi**



SENSO UNICO

Disposti solo a crescere

sped. abb. postale Art.2 - comma 20/c - Legge 662/96

Giù le mani dall'Albo e dalla professione

di *Gennaro Rocco*

Per chi, come gli infermieri, ama la pace, il termine battaglia può essere inteso in un solo modo: mettere tutte le proprie energie al servizio di un'idea, di una conquista necessaria, di un traguardo troppo importante per non essere colto. Gli infermieri sono ormai abituati a questo lessico. Già, di battaglie ne hanno fatte tante. E molte le hanno vinte, con caparbietà e con la forza della ragione. Tanto da cambiare profondamente il volto della professione e il ruolo dei professionisti che la esercitano.

Battaglia è per noi sinonimo di crescita, di un'evoluzione professionale che non ha pari nel panorama sanitario nazionale. Se però la battaglia è di retroguardia, no, non ci stiamo. Se cambiare significa tornare all'antico, a una professione ausiliaria, proprio no. Non ci interessa e anzi ci indispetta. Diciamo allora: giù le mani dalle nostre conquiste, dalla nostra autonomia.

Sostenere che l'Albo professionale rappresenti solo un odioso balzello, un'inutile tassa in più da pagare, equivale ad insultare la nostra professionalità, quella che tanto abbiamo voluto, inseguito, sudato. Al prezzo di mille battaglie, appunto.

Alcuni commenti entusiasti alla recente sentenza della Cassazione che, in sostanza, assolve un collega di Sondrio, pubblico dipendente, che non era iscritto all'Albo, lasciano interdetti. Di

più: insinuano il sospetto che si voglia bloccare un'evoluzione che evidentemente fa paura, che si agisca affinché gli infermieri non crescano troppo. Commenti e comunicati che dimostrano peraltro di aver capito poco o nulla della sentenza e delle sue conseguenze pratiche.

Che senso ha oggi una battaglia contro l'Albo? A chi giova, se non a chi ha interesse a rispolverare l'idea, vecchia di almeno dieci anni, secondo cui l'infermiere esercita un mestiere esecutivo e non una professione intellettuale? Chi ci vuole nuovamente subordinati? E perché?

Il Codice Civile rende giustizia alle nostre rivendicazioni storiche e stabilisce che è un professionista intellettuale chi è iscritto a un Albo. E noi rivendichiamo l'Albo proprio come il baluardo di una professione rinnovata, con un passato importante, ma soprattutto un grande futuro. Le nostre battaglie non erano queste e mai potranno esserlo. Abbiamo lottato per l'abolizione del mansionario, per la conquista della laurea, dell'autonomia e della dirigenza, per il riconoscimento di professione sanitaria a tutti gli effetti. Ci siamo guadagnati sul campo il nostro Albo, il nostro nuovo ruolo al centro della sanità, protagonista assoluto e autonomo dell'assistenza. Un diritto-dovere che è una conquista, non un obbligo coattivo.

L'Albo è il nostro "marchio" di dignità e autonomia professionale. Rende la nostra una professione intellettuale a tutto tondo, finalmente completa e pronta a spiccare il volo. Ci conferisce uno status giuridico e un riconoscimento pubblico che rendono più premiante la nostra carriera e diversa l'organizzazione del lavoro. E' per tutti noi una leva formidabile per superare definitivamente le supposte supremazie di altre figure professionali.

Il nostro nuovo status di professionisti trova conferma proprio nell'essere parte di un Albo professionale, come ogni altra figura che esercita una professione intellettuale: dai medici ai farmacisti, dagli ingegneri ai giornalisti, dagli agronomi ai geometri. Giù le mai, dunque, da ciò che abbiamo fortemente voluto e infine ottenuto.

Anche perché la sentenza della Cassazione in questione si fonda su fatti risalenti a un periodo precedente all'entrata in vigore della Legge 42 del 1999, con cui il Decreto Ministeriale 739 del 1994 che stabilisce l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo è stato recepito in una legge dello Stato.

Oggi, con fierezza, possiamo affermare che il diritto-dovere di iscrizione all'Albo resta un cardine della professione infermieristica e condizione essenziale per esercitarla. Nessuno riuscirà a sottrarci un diritto che ci siamo guadagnati sul campo, ogni giorno, fra mille ostacoli e troppi nemici. Giù le mani dall'albo e dalla Professione!

Gennaro Rocco

in pillole

Sclerosi multipla, la via delle staminali

Le cellule nervose staminali adulte, iniettate per via endovenosa, possono ricostruire la mielina distrutta dalla sclerosi multipla. La scoperta effettuata all'Istituto San Raffaele di Milano ad opera dei ricercatori Gianvito Martino e Angelo Vescevi è stata pubblicata dalla rivista Nature di aprile, suscitando nuove speranze nella lotta alla sclerosi multipla e ad altre gravi patologie neurologiche.

La ricerca finanziata dalla Fondazione italiana sclerosi multipla (Fism) in collaborazione con Myelin Project, Unione Europea, Fondazione Agarini e Bmw Italia Group, è stata condotta su topi

affetti da encefalite allergica sperimentale, il modello animale di studio per la sclerosi multipla.

Le cellule staminali adulte utilizzate sono state prelevate dalla zona periventricolare del cervello. Dopo una lunga coltura, queste sono state reiniettate nei topi per via endovenosa oppure intracerebrale. Nell'arco di un mese, le cellule neuronali staminali trapiantate hanno avvolto il tessuto demielinizzato fino a ricoprirlo, riparandolo. Nei topi trapiantati si è osservata una guarigione pari al 30%.

In programma ora l'avvio della sperimentazione sulle scimmie. Solo tra alcuni anni si potrà passare all'uomo.

Carta dei servizi e benefici percepiti dagli utenti: un confronto tra due aziende ospedaliere di Roma

di Francesca Lia, Angela Grilli e Edda Oliva Piacentini

INTRODUZIONE

Erogare prestazioni assistenziali qualitativamente elevate è un obiettivo fondamentale per ogni Azienda Ospedaliera che intenda soddisfare l'uomo nella sua completezza. D'altro canto l'utente ospedaliero pretende ed esige un trattamento di "Qualità". Ha maturato un concetto di salute diverso dal passato, centrato sulla persona olistica ed i suoi bisogni.

Per qualità non si intende solo la professionalità degli operatori sanitari, ma tutto quello che riguarda l'uomo in quanto tale, con dei vissuti, con delle esigenze, con una propria autonomia, con la sua malattia. A tal fine è necessario prendere in esame aspetti quali l'umanizzazione delle cure, la professionalità degli operatori sanitari, l'eshaustività delle cure alberghiere, la spiritualità in ospedale. Aspetti questi che spesso vengono sminuiti a confronto di un'immagine di paziente considerato, come in passato, solo patologico, sintesi di processi molecolari alterati che nulla hanno a che vedere con la sua umanità.

L'obiettivo del presente lavoro è la valutazione del grado di soddisfazione degli utenti del servizio ospedaliero avendo come riferimento la Carta dei servizi pubblici sanitari. Il lavoro di ricerca effettuato consta anche di un confronto sulla qualità assistenziale tra l'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata, che segue le direttive di una sua Carta dei Servizi, ed il Policlinico Umberto I privo di tale documento.

DISEGNO DELLA RICERCA: STRUMENTI, MATERIALI E METODI.

Il campione: caratteristiche, criteri di scelta e di reclutamento.

Il campione considerato è costituito da 200 unità.

Le unità sono rappresentate da clienti del servizio ospedaliero suddivisi tra gli utenti del Policlinico Umberto I ed il Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata. Le unità intervistate erano distribuite fra i reparti di medicina e di chirurgia.

La collaborazione alla ricerca è stata proposta a tutti gli utenti del servizio ospedaliero senza distinzione alcuna, di età, di sesso, e di razza con l'unica eccezione che fossero degenti nelle rispettive unità selezionate da almeno una settimana per una migliore e attenta conoscenza del reparto e dell'indice di qualità erogatagli.

Il reclutamento è stato effettuato nei reparti prescelti, previa autorizzazione dei responsabili delle unità di degenza, illustrando a tutti gli utenti le finalità del lavoro di ricerca, chiedendo eventuali chiarimenti ed invitando ad una sincera ed obiettiva collaborazione, previa garanzia dell'anonimato.

Strumenti

Lo strumento utilizzato per lo studio di ricerca è stato il questionario "La valutazione della qualità assistenziale", si avvale di 39 items a risposta chiusa, aperta e a risposta multipla.

Nella prima fase è stato effettuato uno studio pilota mediante la somministrazione di dieci questionari agli utenti, esclusi dall'indagine successiva.

Metodo

Il questionario è stato somministrato agli utenti del servizio ospedaliero, previa descrizione delle finalità di ricerca, garantendo l'anonimato dei dati rilevati e ponendo un limite di 30 minuti dalla consegna.

Analisi statistica

Preliminarmente, è stata condotta una analisi statistica univariata, consistente nel calcolo delle percentuali delle risposte per singolo items e ove opportuno, di media e deviazione standard.

I risultati più interessanti, sia significativi che non, sono stati calcolati, con il test del X2 o il test di Fisher per le frequenze inferiori a 5, e rappresentati graficamente tramite istogrammi e diagrammi circolari ed a barre.

Analisi dei dati

Caratteristiche del campione e analisi delle associazioni nel Policlinico Umberto I.

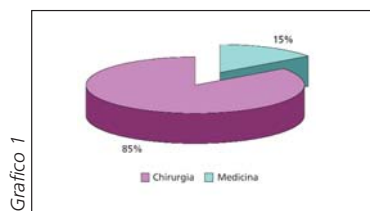


Grafico 1

Il campione considerato è costituito da 100 unità con un'età media di 62 anni. In dettaglio sono state intervistate 67 unità nei reparti di Medicina e 33 unità in quelli di chirurgia. (Grafico n° 1)

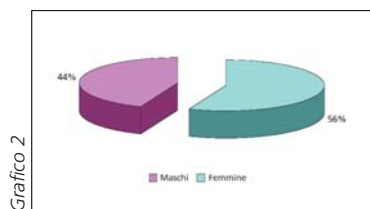


Grafico 2

Il 59% degli utenti ospedalieri è di sesso maschile, il restante 41% di sesso femminile. (Grafico n° 2)

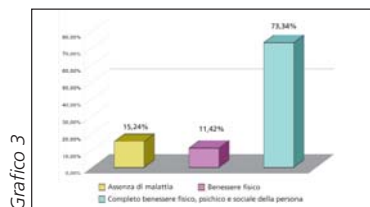


Grafico 3

In riferimento all'item che va ad indagare su cosa sia la salute per gli intervistati, il 60% risponde un completo benessere fisico, psichico e sociale della persona, il 24% solo benessere fisico e il restante 16% la sola assenza di malattia. La maggioranza degli utenti consi-

dera, dunque, la salute in maniera globale, olistica, richiamando i principi dell'OMS su tale argomento. (Grafico n° 3)

L'83% dichiara di avere un ruolo attivo sulla propria salute, partecipa dunque attivamente al proprio benessere, alla propria salute e non è semplice spettatore di decisioni prese da altri, dal familiare, dal medico, dall'infermiere, mentre il 17% preferisce demandare ad altri di fiducia le decisioni più importanti sulla propria salute. (Tabella n° 1)

TABELLA 1	
Sente di avere un ruolo attivo sulla salute e il suo benessere?	
Risposte	%
Si	83
No	17
Totale	100

Indagando sulle motivazioni che hanno spinto l'utente alla scelta dell'ospedale in cui ricoverarsi è emerso che il 27,3% ha seguito l'indicazione del medico, rimandando le decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere ad altri (il medico in questo caso); il 25,5% dichiara la qualità; il 19% ha indicato come opzione fondamentale al ricovero la vicinanza a punti di riferimento quali casa e parenti; il 15,5% ha preferito nella scelta privilegiare il luogo di cura in cui aveva delle conoscenze e amicizie che gli potessero garantire assistenza e prestazioni migliori. Il restante 12,7% non ha individuato tra le varie opzioni elencate quella corrispondente alla motivazione reale della scelta. (Grafico n° 4)

Per quanto riguarda il quesito che va ad indagare sulle caratteristiche che deve possedere un ospedale per essere di "qualità" il



Grafico 4

25,6% dichiara la professionalità degli operatori sanitari; l'11,3% l'accesso alle prestazioni in tempi brevi come peculiarità di un luogo di cura ideale; il 10,5% i servizi igienici in stato ottimale e puliti; l'8,3 la disponibilità degli operatori sanitari a particolari esigenze dell'utente dettate dal caso; il 2,3% il rispetto della privacy; il 42% tutti gli aspetti sopra indicati. a conferma di una concezione di qualità globale che considera tutti gli aspetti della persona assistita. (Tabella n° 2)

TABELLA 2		
<i>Cosa deve avere secondo lei un ospedale per essere di qualità?</i>		
Risposte	Val. ass.	%
Accesso alle prest. in tempi brevi	14	9,6
Professionalità degli operat. sanit.	19	12,8
Disponibilità degli operat. sanit.	24	16,2
Servizi igienici in stato ottimale	23	15,5
Rispetto della privacy	0	0,0
Tutto quello su scritto	68	45,9
Totale	148	100,0

La modalità del ricovero è per il 62% degli intervistati urgente, per il restante 38% programmato. (Tabella n° 3)

Il problema dei tempi di attesa, eccessivamente lunghi, non sembra toccare la realtà del Policlinico in cui vi è una media di 20 giorni dalla prenotazione del ricovero.

TABELLA 3	
<i>Il suo ricovero è stato</i>	
Risposte	%
Urgente	58
Programmato	42
Totale	100

Al momento dell'accoglienza in ospedale solo il 55% ha trovato qualcuno che gli abbia indicato dove trovare ciò di cui potesse aver bisogno a differenza di un 45% che non ha avuto informazioni. Quasi la metà degli utenti non è stata, dunque, accolta con umanità. (Grafico n° 5).

Tra gli operatori sanitari che hanno dimostrato maggiore spirito di accoglienza, il 43,4% degli intervistati risponde il medico; il 35,5% dichiara l'infermiere; il 9,2% individua un altro paziente; il 7,9% risponde la figura del caposala; il 2,6% dichiara il familiare; il restante 1,4% la figura del volontario. (Tabella n° 4)

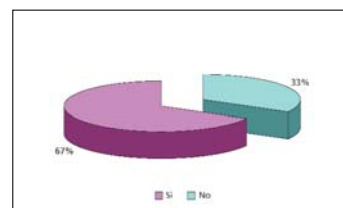


Grafico 5

TABELLA 4		
<i>Se sì, chi?</i>		
Risposte	Val. ass.	%
Medico	21	19,4
Infermiere	76	70,4
Altro paziente	2	1,9
Volontario	1	0,8
Familiare	6	5,6
Caposala	2	1,9
Totale	108	100,0

Il tempo intercorso tra l'arrivo in ospedale e l'assegnazione del posto letto è stato per il 41% oltre i 60 min; il 26% dell'utenza ha atteso non più di 15 min.; il 22% ha pazientato dai 30 ai 60 min; il restante 11% ha atteso dai 15 ai 30 min. (Tabella n° 5)

L'82% degli utenti dichiara di sentirsi considerata con rispetto e

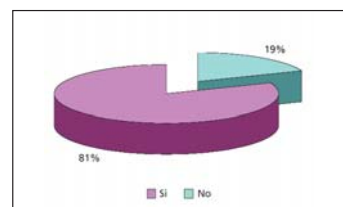


Grafico 6

TABELLA 5	
<i>Il tempo intercorso tra l'arrivo in ospedale e l'assegnazione del posto letto è stato:</i>	
<i>Minuti</i>	<i>%</i>
Meno di 15	30
Da 15 a 30	19
Da 30 a 60	13
Oltre i 60	38
Totale	100

umanità in ospedale a differenza del restante 18%. (Grafico n° 6)

Il 90% degli intervistati è soddisfatto del rapporto che ha con il medico; di opinione diametralmente opposta è il 10%. (Tabella n° 6)

TABELLA 6	
<i>Si sente soddisfatto del rapporto che ha con il medico?</i>	
<i>Risposte</i>	<i>%</i>
Si	80
No	20
Totale	100

Anche il rapporto che l'utente instaura con l'infermiere è positivo per l'86%, contrariamente a quanto dichiara il 14%. (Tabella n° 7)

La maggioranza dei ricoverati ritrova, dunque, una medicina e un sistema di cure umane identificando la presenza di reali rapporti di qualità tra operatori e utenti.

La ricerca condotta ha rilevato che l'87% dell'utenza riesce ad esporre al medico le proprie problematiche. (Tabella n° 8)

Al contrario il restante 13% dei clienti ospedalizzati non riesce ad esporre al medico i suoi problemi; di essi il 53,8% dichiara che, tra le motivazioni alla carenza di

TABELLA 7	
<i>Si sente soddisfatto del rapporto che ha con l'infermiere?</i>	
<i>Risposte</i>	<i>%</i>
Si	61
No	39
Totale	100

dialogo con il medico, vi è la mancanza di tempo dello stesso operatore ad instaurare una buona comunicazione, il 30,8% ha difficoltà a parlare di sé in presenza di altra gente oltre il medico (specializzandi, pazienti vicini, ...) e il 15,4% ha soggezione, componente deleteria all'approccio con l'altro. (Tabella n° 9)

TABELLA 8	
<i>Al medico riesce ad esporre tutte le sue problematiche?</i>	
<i>Risposte</i>	<i>%</i>
Si	62
No	38
Totale	100

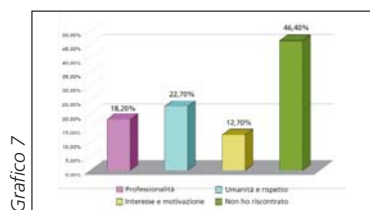
Il 62% dei ricoverati pensa che gli operatori sanitari comprendano i suoi stati d'a-

TABELLA 9		
<i>Se no, perché?</i>		
<i>Risposte</i>	<i>Val. ass.</i>	<i>%</i>
Ho soggezione	9	23,7
Il medico non ha tempo	25	65,8
Ho difficoltà a parlare di me in presenza di altre persone	4	1,9
Totale	108	100,0

nimo; di opinione contraria è il 38% degli intervistati. (Tabella n° 10)

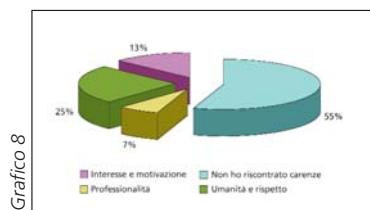
TABELLA 10	
<i>Pensa che gli operatori sanitari comprendano i suoi stati d'animo?</i>	
Risposte	%
Si	70
No	30
Totale	100

Chiedendo agli utenti quali fossero le carenze che più frequentemente riscontrano tra gli infermieri si nota che il 43% non ha individuato carenze, il 27,2% ha dichiarato l'assenza di umanità e rispetto, il 19,3% la mancanza di interesse e motivazione per il lavoro e il 10,5% la professionalità. (Grafico n° 7)



Più della metà degli intervistati denuncia, dunque, specifiche carenze in particolare sugli aspetti umani e motivazionali di questa professione.

Il 66,7% degli intervistati non ha riscontrato carenze di alcun tipo tra i medici; il 18,6% dichiara la mancanza di umanità e rispetto, il 7,8% la totale assenza di professionalità e il restante 6,9% l'interesse e la motivazione per il lavoro. I dati consentono di evidenziare che il sistema delle cure ospedaliere è carente soprattutto sul fronte dell'umanizzazione. (Grafico n° 8)



Il 49% degli utenti dichiara di essersi sentito chiamare almeno una volta con il numero del proprio letto. (Tabella n° 11)

I dati ricavati sottolineano che vi è poca considerazione per la persona assistita, confermata dal

TABELLA 11	
<i>Si è sentito chiamare con il suo numero di letto?</i>	
Risposte	%
Si	61
No	39
Totale	100

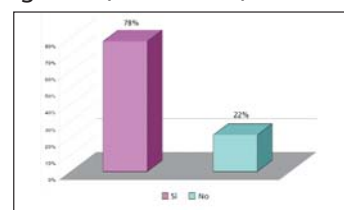
non chiamarla con il suo nome e cognome, ma nel definirla con altri attributi.

Il 9% è stato interpellato con il nome della sua patologia contro un 91% che dichiara di non aver mai avuto, fortunatamente, questa esperienza. (Tabella n° 12).

TABELLA 12	
<i>Si è sentito chiamare con il nome della sua patologia?</i>	
Risposte	%
Si	10
No	90
Totale	100

Chiedendo ai ricoverati un giudizio sulla responsabilità, l'impegno, la cortesia e il rispetto dimostrati dagli operatori sanitari nello svolgimento del lavoro, si riscontra, che per il 77% è positivo e per il restante 23% è nettamente negativo. (Grafico n° 9)

Tra i deficit strutturali presenti nell'ospedale il 24,3% dichiara la totale assenza di saloni per attività di svago che garantirebbero momenti



di reale benessere fisico e psichico dell'assistito; il 21% la scarsa manutenzione dell'ambiente seguita, con il 16,6%, da un insufficiente numero di bagni; il 16% rispon-

de di non aver riscontrato alcun deficit strutturale; il 13,3% evidenzia la presenza di armadietti troppo piccoli e talvolta in comune, inadeguati alle esigenze dell'utenza; l'8,8% segnala un numero di posti letto inadeguato alle dimensioni della stanza o alle particolari condizioni, fisiche e psichiche, di alcuni clienti. (Tabella n° 13)

TABELLA 13		
<i>Quali deficit strutturali sono presenti in questo ospedale?</i>		
<i>Risposte</i>	<i>Val. ass.</i>	<i>%</i>
Saloni per attività di svago	48	27,9
Armadietti personali	26	15,1
Numero posti letto inadeguato all'ambiente	18	10,5
Numero bagni	42	24,4
Scarsa manutenzione dell'ambiente	27	6,4
Non ho riscontrato deficit strutturali	11	6,4
Totale	172	100,0

I dati consentono di evidenziare che la maggioranza dell'utenza è insoddisfatta, su alcuni aspetti, dell'efficienza della struttura.

Tra le prestazioni alberghiere non particolarmente apprezzate, risulta essere la meno soddisfacente con il 22,3% la qualità del cibo, seguita dallo stato dei servizi igienici spesso in condizioni disumane con il 13,4% e da insufficienti ordine, igiene e pulizia della struttura con il 13%. Il 10% non è soddisfatto della frequenza del cambio della biancheria e un 9,5% della tranquillità dell'ambiente; il 9% dichiara che non vi è disponibilità di telefoni pubblici o perché totalmente assenti o mal funzionanti; il 6,3% non è provvisto di luce e campanello personale funzionanti; il ricambio dell'aria non è frequente per il 6% e il 3,4% non è contento della temperatura della stanza, perché troppo alta; solo un piccolo 7,1 % dichiara

essere soddisfatto delle prestazioni alberghiere. (Tabella n° 14)

TABELLA 14		
<i>Quali delle seguenti prestazioni alberghiere non la soddisfano?</i>		
<i>Risposte</i>	<i>Val. ass.</i>	<i>%</i>
Ordine, igiene, pulizia	19	9,1
Stato dei servizi igienici	32	15,4
Qualità del cibo	29	13,9
Tranquillità dell'ambiente	20	9,6
Temperatura	36	17,3
Ricambio d'aria	26	12,5
Frequenza cambio biancheria	3	1,5
Dotazione del proprio letto (luce personale, campanello)	7	3,4
Disponibilità telefoni	20	7,7
Sono soddisfatto delle prestazioni alberghiere	16	7,7
Totale	208	100,0

Gli orari riguardanti la sveglia, i pasti e le visite imposti dalla struttura sono rispondenti alle esigenze degli intervistati per il 60%. Il restante 40% è insoddisfatto. (Tabella n° 15)

L'86% degli intervistati ha dichiarato di aver avuto personali esperienze positive riguardo alla flessibilità dimostratagli dagli operatori sanitari. (Grafico n°10)

Tra le figure che maggiormente hanno dimostrato questa flessibilità il 25,2% dichiara l'infermiere; il 23,7% indica il medico; il 21% risponde la caposala; il 13,7% lo specializzando medico; seguono con l'8,2%, a pari merito, l'operatore tecnico assistenziale e lo studente infermiere. (Tabella n° 16)

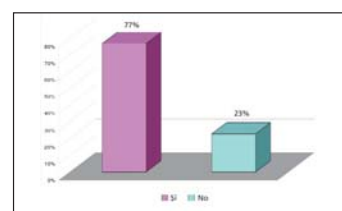


Grafico 10

TABELLA 15	
<i>Gli orari riguardanti la sveglia, i pasti e le visite imposti dalla struttura sono rispondenti alle sue esigenze?</i>	
Risposte	%
Si	64
No	36
Totale	100

Alla domanda: Gli orari riguardanti la sveglia, i pasti e le visite imposti dalla struttura sono rispondenti alle sue esigenze? (Tabella n° 15)

TABELLA 16		
<i>Se si, chi ha dimostrato questa maggiore flessibilità?</i>		
Risposte	Val. ass.	%
L'infermiere	69	38,6
Il medico	41	22,9
Il caposala	19	10,6
L'operatore tecnico assistenziale (ex portantino)	15	8,4
Studente infermiere	9	5,0
Lo specialista medico	26	14,5
Totale	172	100,0

La ricerca ha avuto modo di rilevare che l'87% degli utenti risulta avere adeguate informazioni sul decorso della malattia, sui trattamenti e gli esami diagnostici cui dovevano essere sottoposti. (Grafico n° 11)

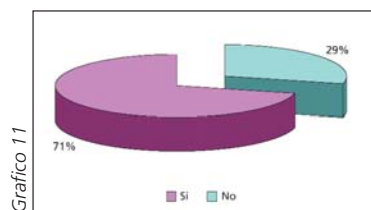


Grafico 11

Il dato consente di evidenziare come nell'Umberto I vi sia una rete informativa adeguata che contribuisce a formare quel senso di sicurezza che sta alla base di una positiva conduzione

TABELLA 17	
<i>Gli operatori sanitari che la assistono sono dotati di cartellini di riconoscimento?</i>	
Risposte	%
Si	81
No	19
Totale	100

del rapporto diagnostico-terapeutico con l'utente.

Il 64% dei ricoverati non ha ricevuto informazioni circa l'esistenza di servizi socio-sanitari territoriali ai quali rivolgersi in caso di necessità (per la riabilitazione, per continuare la cura, per effettuare controlli o anche solo per avere un aiuto). (Tabella n° 18)

TABELLA 18	
<i>Le hanno dato informazioni in merito ai servizi socio-sanitari territoriali ai quali rivolgersi in caso di necessità al momento della dimissione dall'ospedale?</i>	
Risposte	%
Si	33
No	67
Totale	100

L'84% degli utenti sa che esiste una legge che tutela i diritti del malato. (Grafico n° 12)

È significativo, inoltre che nessuno degli utenti abbia ricevuto un opuscolo o una guida con le informazioni necessarie per conoscere la realtà complessiva dell'ospedale. (Tabella n° 19)

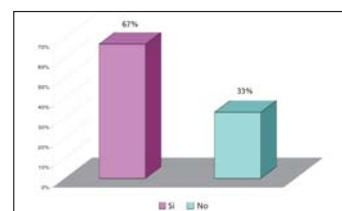


Grafico 12

Tale dato denota una carenza informativa totale sulla complessa realtà dell'ospedale, relativa ad una assenza di supporti cartacei che meglio ne esplicherebbero l'organizzazione.

Poco più della metà, il 56%, sa cosa sia il Tribunale del malato. Rimane un buon 44% degli intervistati che non è a conoscenza di questa istituzione per uno scarso impegno a far conoscere le iniziative esistenti in materia. (Tabella n° 20)

TABELLA 20	
<i>Se sì, che tipo di giudizio le assegna?</i>	
Risposte	%
Si	100
No	0
Totale	100

Alla domanda "Quando è stato ricoverato ha avuto la possibilità di descrivere al medico le sue condizioni di salute?" il 90% degli intervistati ha dichiarato di "Sì", mentre il restante 10% non è stato messo nelle condizioni di farlo. (Tabella n° 21)

TABELLA 21	
<i>Sa cos'è il Tribunale del malato?</i>	
Risposte	%
Si	51
No	49
Totale	100

Più dei due terzi dei degenti, il 71%, ha avuto la possibilità di esprimere il proprio parere a proposito delle cure somministrategli contro un netto 29% che dichiara il contrario. (Tabella n° 22)

La maggioranza degli utenti ha avuto, dunque, la possibilità di partecipare attivamente al rapporto terapeutico assistenziale ed è stato importante strumento di un efficace controllo della qualità delle cure.

Uno strumento importante per conoscere la soddisfazione degli utenti e le loro

TABELLA 22	
<i>Quando è stato ricoverato ha avuto la possibilità di descrivere al medico le sue condizioni di salute?</i>	
Risposte	%
Si	82
No	18
Totale	100

proposte per migliorare il servizio offerto, è il questionario, distribuito solo all'8% dei ricoverati. (Tabella n° 23)

TABELLA 23	
<i>Durante la degenza, ha avuto la possibilità di esprimere al medico la sua opinione a proposito delle cure a lei somministrate?</i>	
Risposte	%
Si	82
No	18
Totale	100

Del restante e imponente 92% che non ha mai compilato dei questionari per far conoscere il suo giudizio sul trattamento ricevuto in ospedale, l'83,7% avrebbe gradito questa iniziativa e il 16,3% non sarebbe soddisfatto nel ricevere questo strumento di valutazione (Tabella n° 24)

TABELLA 24	
<i>Ha compilato durante questa esperienza ospedaliera o nelle precedenti dei questionari per conoscere il suo giudizio personale sul trattamento ricevuto in ospedale?</i>	
Risposte	%
Si	29
No	71
Totale	100

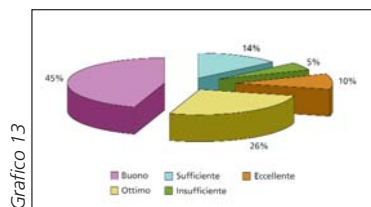
L'84% delle persone intervistate è favorevole alla presenza di religiosi in ospedale. (Tabella n° 25)

TABELLA 25		
<i>Se no, avrebbe gradito questa iniziativa?</i>		
Risposte	Valori assoluti	%
Si	50	70,4
No	21	29,6
Totale	71	100,0

Significativo è il dato che il 61% ha notato, nel periodo in cui è stato in ospedale, la presenza di un sacerdote che a richiesta avesse fornito assistenza spirituale. Da sottolineare è, talvolta, anche la sottovalutazione di questa figura tra il 39% degli utenti che non si è accorto di tale presenza. (Tabella n° 26)

TABELLA 26	
<i>È d'accordo che nell'ospedale vi siano religiosi?</i>	
Risposte	%
Si	90
No	10
Totale	100

Il 38% degli utenti definisce la qualità dell'assistenza medico/infermieristica ricevuta durante la degenza buona, il 26% ottima, il 23% sufficiente e l'1% insufficiente. (Grafico n° 13)



In seguito alla rilevazione di questi dati è possibile rendersi conto che, la maggior parte dell'utenza ri-

sulta soddisfatta, anche se a livelli differenti, della qualità assistenziale infermieristica ricevuta durante la degenza in ospedale.

Comparando i dati dell'item n° 18 (dal quale è risultato che il 49% degli utenti si è sentito chiamare con il proprio numero di letto), con l'item n° 19 (dal quale risulta che, il 9% degli utenti si è sentito chiamare con il nome della patologia di cui è affetto) si è rilevato un x2 pari a 38,6. (Tabella n° 27)

TABELLA 27	
<i>È presente nel suo reparto un sacerdote che a richiesta fornisca assistenza spirituale?</i>	
Risposte	%
Si	85
No	15
Totale	100

Questo dato indica che vi è una relazione tra la carenza di umanità e rispetto per la persona e la qualità dell'assistenza fornita, i cui principi sono contenuti nella Carta dei Servizi. Questa carenza è sottolineata anche dal non interpellare l'utente con il proprio nome e cognome, considerandolo individuo, ma più semplicemente con un numero, un

TABELLA 28			
<i>Comparazione tra il sentirsi considerato una persona degna di rispetto e umanità e l'essere soddisfatto del rapporto con l'infermiere</i>			
Sentirsi considerato con umanità e rispetto	Soddisfatto del rapporto con l'infermiere		
	SI	NO	TOTALE
Si	49	32	81
No	12	7	19
Totale	61	39	100

sostantivo, indice di una totale mancanza di considerazione per l'uomo inteso nella sua globalità.

Dai dati finora esaminati è stato possibile notare come effettivamente, nella struttura ospedaliera, non sempre si riesca a dare all'utente quella centralità che gli compete, rispettandolo come persona, coinvolgendolo in modo attivo in tutto il processo di guarigione, valorizzando le sue potenzialità e risorse.

Eseguito un'ulteriore comparazione tra l'item n° 12 (dal quale è emerso che l'86% degli utenti è soddisfatto del rapporto con l'infermiere), con l'item n° 15 (dal quale risulta che il 62% degli intervistati ritiene che gli operatori sanitari comprendano i suoi stati d'animo), si rileva un x2 pari a 14,87%. (Tabella n° 28)

Anche quest'ultimo dato indica che vi è una relazione tra la soddisfazione dell'utente del rapporto che ha con l'infermiere e la comprensione da parte degli operatori sanitari dei suoi stati d'animo. La qualità di un ospedale è indicata anche dalla presenza, nel suo interno, di validi e reali rapporti con l'assistito e di una conoscenza più profonda e completa del suo vissuto, cioè del suo star male.

Caratteristiche del campione e analisi delle associazioni nell'Azienda San Giovanni- Addolorata

Il campione considerato è di 100 unità con un'età media di 59 anni. In dettaglio sono state intervistate 15 unità nei reparti di Medicina e 85 unità in quelli di Chirurgia. (Grafico n° 1)

Il 56% degli utenti ospedalieri è di sesso femminile, il restante 44% di sesso maschile. (Grafico n° 2)

In riferimento all'item "Che cos'è per lei la salute" il 73,34% risponde "Un completo benessere fisico, psichico e sociale", il 15,24% "L'assenza di malattia" e l'11,42% "Il benessere fisico". (Grafico n° 3)

Da tali dati emerge che più dei due terzi degli utenti considera la salute, dunque, in maniera globale, in tutte le varie dimensioni da quella fisica, psichica e sociale.

L'83% degli utenti dichiara di avere un ruolo attivo sulla propria salute, mentre il 17% demanda ad altri di fiducia tutto ciò che concerne la sua salute. (Tabella n° 1)

I dati rilevati dichiarano che più dei due terzi dell'utenza partecipa attivamente alla propria salute e al proprio benessere e non è semplice spettatore.

Il 34,2% dei ricoverati riferisce di aver scelto l'ospedale in cui è ricoverato per la qualità; il 21,1 % indica come opzione fondamentale al ricovero la vicinanza a punti di riferimento quali casa e parenti; il 18,4% ha seguito l'indicazione del medico; il 14,9% ha preferito nella scelta privilegiare l'ospedale in cui aveva delle conoscenze e amicizie che fossero di garanzia a cure di più alta qualità; il restante 11,4% di ricoverati non ha individuato, tra le varie opzioni elencate, quelle corrispondenti alla sua realtà. (Grafico n° 4)

Alla domanda "Cosa deve avere secondo lei un ospedale per essere di qualità?" il 16,2% riferisce "la disponibilità degli operatori sanitari a particolari esigenze dettate dal caso e dalla situazione"; il 15,5% i servizi igienici in stato ottimale e puliti; il 12,8% la professionalità degli operatori sanitari; il 9,6% l'accesso alle prestazioni in tempi brevi; il 45,9% individua nella definizione di qualità di un luogo di cura tutti gli aspetti sopra citati (compreso il rispetto della privacy che singolarmente non ha riscosso successo) a conferma di una concezione globale della qualità che consideri tutti gli aspetti della persona assistita. (Tabella n° 2)

La modalità di ricovero è per il 58% degli intervistati urgente, per il restante 42% programmato. (Tabella n° 3)

I tempi di attesa eccessivamente lunghi sembrano interessare la realtà del San Giovanni- Addolorata in cui emerge una media di 49 giorni dalla prenotazione al ricovero.

Al momento dell'accoglienza in ospedale il 67% ha trovato qualcuno che gli abbia indicato dove trovare ciò di cui potesse aver bisogno a differenza di un 33% che non ha ricevuto informazioni. Una consistente percentuale degli utenti non è stata, dunque, accolta con le modalità adeguate. (Grafico n° 5)

Tra gli operatori che hanno dimostrato maggiore spirito di accoglienza il 70,4% indica la figura dell'infermiere, il 19,4% quella del medico, il 5,6% riferisce la figura del familiare, l'1,9%, con la stessa percentuale, quella di un altro utente e della caposala lo 0,8% indica la figura del volontario. I dati emersi consentono di sottolineare come il primo approccio ospedaliero sia affidato all'infermiere; le prime impressioni, le prime sensazioni, l'ansia e la paura dell'utente siano mediate dall'infermiere. (Tabella n° 4)

Il tempo tra l'arrivo in ospedale e l'assegnazione del posto letto è stato per il 38% degli utenti oltre i sessanta minuti; il 30% ha atteso meno di trenta minuti; il 19% ha pazientato da quindici a trenta minuti; il 13% ha atteso dai trenta ai sessanta minuti. (Tabella n° 5)

Alla domanda "Si sente considerato una persona degna di rispetto e umanità in ospedale?" l'81 % risponde di "SI" contro un 19% di opinione opposta. (Grafico n° 6)

L'80% degli intervistati è soddisfatto del rapporto che ha con il medico; il restante 20% ha un'opinione esattamente contraria. (Tabella n° 6)

Anche il rapporto che l'utente instaura con l'infermiere è positivo per il 61% contrariamente a quanto afferma una minore percentuale, il 39%. (Tabella n° 7)

Più della metà dei ricoverati afferma, dunque, di fare continuamente esperienza di una medicina e un sistema di cure umane sottolineando la presenza di reali rapporti di qualità tra operatori sanitari e utenti.

La ricerca condotta ha rilevato che il 62% degli intervistati riesce ad esporre al medico i propri problemi, mentre il 38% è di opinione contraria. (Tabella n° 8)

Di questi, il 65,8% individua tra le motivazioni alla carenza di dialogo con il medico la mancanza di tempo dello stesso operatore, il 23,7% la soggezione che impedisce un reale approccio con l'altro e il 10,5% la difficoltà a parlare di sé in presenza di altra gente oltre il medico (specializzandi, pazienti vicini, ecc.). (Tabella n° 9)

Il 70% degli utenti pensa che gli operatori sanitari comprendano i suoi stati d'animo a differenza di un restante 30% che riferisce l'opposto. (Tabella n° 10)

Chiedendo agli utenti quali fossero le carenze che più frequentemente riscontrano tra gli infermieri il 46,4% non individua carenze di alcun tipo, il 22,7% risponde l'umanità ed il rispetto, il 18,2% dichiara la mancanza di professionalità e il 12,7% l'interesse e la motivazione per il lavoro. (Grafico n° 7)

La maggioranza degli utenti denuncia, dunque, specifiche carenze riguardanti, in particolare, gli aspetti umani e professionali di questa figura.

Anche per quanto riguarda la categoria dei medici, il 55,7% non riscontra alcun tipo di carenza riguardo il loro operato, il 24,5% risponde l'umanità e il rispetto, il 13,2% l'interesse e la motivazione per il lavoro e il restante 6,6% la mancanza di professionalità. (Grafico n° 8)

I dati ricavati consentono di evidenziare che il sistema di cure ospedaliero è carente sul fronte dell'umanizzazione.

Il 39% dei ricoverati ha dichiarato di essersi sentito chiamato con il numero del proprio letto. (Tabella n° 11)

Il 10% degli intervistati è stato interpellato con il nome della patologia di cui è affetto, contro un netto 90% che, fortunatamente, non ha avuto questa esperienza. (Tabella n° 12)

Anche se non in percentuali molto alte, i dati rivelano la tendenza di chiamare gli utenti del servizio ospedaliero non con un nome e cognome propri, ma in ben altri modi privi di qualsivoglia forma di rispetto e umanità.

Il 77% degli intervistati dichiara di avere un positivo giudizio in materia di responsabilità, impegno, cortesia e rispetto dimostrati dagli operatori sanitari nel loro lavoro. Il 33% non è della stessa opinione. (Grafico n° 9)

Per quanto riguarda il quesito che va ad indagare quali siano i deficit strutturali presenti nell'ospedale di ricovero, il 27,9% risponde la totale assenza di saloni per attività di svago che garantirebbero momenti di reale benessere fisico e psichico dell'assistito; il 24,4% un insufficiente numero di bagni; il 15,7% dichiara la scarsa manutenzione dell'ambiente; il 15,5% la presenza di armadietti troppo piccoli e talvolta in comune; il 10,5% indica un numero di posti letto inadeguato alle dimensioni della camerata o alle particolari condizioni, fisiche e psichiche, di alcuni clienti; solo un 6,4% riferisce di non aver riscontrato alcuna carenza strutturale. (Tabella n° 13)

I dati consentono di evidenziare che la maggioranza dell'utenza è insoddisfatta dell'efficienza della struttura.

Indagando sulle prestazioni alberghiere che non soddisfano l'utente, il 17,3% riferisce la temperatura della stanza; il 15,4% lo stato dei servizi igienici; il 13,9% risponde la qualità del cibo; il 12,5% il ricambio dell'aria della stanza poco frequente; il 9,6%, con la stessa percentuale, l'insufficiente disponibilità dei telefoni pubblici e la tranquillità dell'ambiente; il 9,1% si lamenta dell'ordine, l'igiene e la pulizia; solo il 7,7% è soddisfatto delle prestazioni alberghiere; il 3,4% denuncia la luce personale e il campanello del proprio letto mal funzionanti; il restante 1,5% non è soddisfatto della frequenza del cambio della biancheria. (Tabella n° 14)

Da questi dati emerge che il San Giovanni-Addolorata, riguardo le prestazioni alberghiere che fornisce, non risponde alle reali esigenze degli intervistati.

Gli orari riguardanti la sveglia, i pasti e le visite imposti dalla struttura sono per il 64% dei ricoverati rispondenti alle proprie esigenze, mentre il restante 36% è insoddisfatto. (Tabella n° 15)

Il 78% degli intervistati ha dichiarato di aver avuto personali esperienze positive riguardo alla flessibilità dimostrata dagli operatori sanitari. (Grafico n° 10)

Di questi, il 38,6% indica tra le figure più disponibili, l'infermiere; il 22,9% quella del medico; il 14,5% risponde lo specializzando medico; il 10,6% indica la figura della caposala; l'8,4% l'operatore tecnico assistenziale; il restante 5% riferisce lo studente infermiere. (Tabella n° 16)

Dai suddetti dati rilevati, è possibile osservare che la figura maggiormente flessibile alle specifiche richieste personali dell'utente, dettate dal caso e dalla situazione, risulta essere l'infermiere.

Alla domanda se "Gli operatori sanitari che la assistono sono dotati di cartellini di riconoscimento con nome, cognome, qualifica e foto?" l'81% dei ricoverati risponde positivamente. Il restante 19% non conosce le generalità di chi lo assiste per la assenza di cartellini di riconoscimento sulla divisa degli operatori sanitari. (Tabella n° 17)

La ricerca ha avuto modo di rilevare che poco più dei due terzi, il 71%, degli utenti risulta avere adeguate informazioni sul decorso della malattia, sui trattamenti e gli esami diagnostici cui dovevano essere sottoposti. (Grafico n° 11)

Tale dato consente di rilevare come l'Azienda abbia una rete informativa adeguata che contribuisce a formare quel senso di sicurezza che è alla base di una positiva conduzione del rapporto diagnostico-terapeutico con l'utente.

La situazione si ribalta quando, un abbondante 67% degli intervistati, riferisce di non aver avuto adeguate informazioni circa l'esistenza di servizi socio-sanitari territoriali ai quali rivolgersi in caso di necessità (per la riabilitazione, per continuare la cura, per effettuare controlli o anche solo per avere un aiuto), al momento della dimissione. (Tabella n° 18)

Il 67% degli utenti sa che esiste una legge che tutela i diritti del malato contro un netto 33% che non ne è a conoscenza. (Grafico n° 12)

È significativo che solo il 9%, contro un notevole 91 % dell'utenza, abbia ricevuto una guida informativa sull'organizzazione del reparto (Tabella n° 19) e gli abbia attribuito, talvolta, un giudizio positivo. (Tabella n° 20)

Tali dati denotano una carenza informativa quasi assoluta sulla complessa realtà dell'ospedale, relativa ad un'assenza di supporti cartacei che meglio ne esplicherebbero l'organizzazione e le finalità.

Poco più della metà, il 51%, sa cosa sia il Tribunale del malato; rimane un buon 49% degli intervistati che non è a conoscenza di questa istituzione. (Tabella n° 21)

Alla domanda "Quando è stato ricoverato ha avuto la possibilità di descrivere al medico le sue condizioni di salute?" l'82% risponde "Sì". La restante percentuale, il 18%, non è stata messa nelle condizioni di farlo. (Tabella n° 22)

Il 58% dei degenti ha avuto la possibilità di esprimere la personale opinione a proposito delle cure somministrategli contro un abbondante 42% che dichiara il contrario. (Tabella n° 23)

Dai dati sopra citati, si rileva che la maggioranza degli utenti ha avuto, dunque, la possibilità di partecipare attivamente al rapporto terapeutico assistenziale ed è stato importante strumento di un efficace controllo della qualità delle cure.

Il 29% ha compilato durante questa esperienza ospedaliera o nelle precedenti dei questionari per dare un giudizio personale sul trattamento ricevuto, al contrario alla restante percentuale, il 71%, non è stato mai distribuito un questionario. (Tabella n° 24)

Di questi, il 70,4% avrebbe gradito questa iniziativa e il 29,6% è contrario all'idea. (Tabella n° 25)

Tali dati evidenziano uno scarso utilizzo di un importante strumento, quale il questionario, per conoscere la soddisfazione degli utenti e le loro proposte per migliorare il servizio offerto e talvolta una scarsa partecipazione al servizio erogato.

Il 90% delle persone intervistate è favorevole alla presenza dei religiosi in ospedale. (Tabella n° 26)

Significativo è il dato che l'85% abbia notato, nel periodo di degenza, la presenza di un sacerdote che a richiesta avesse fornito assistenza spirituale. (Tabella n° 27)

Alla richiesta di esprimere un personale giudizio globale sulla qualità dell'assistenza infermieristica ricevuta durante la degenza, quasi il 45% degli intervistati la definisce buona; ottima il 26%; il 14% sufficiente; il 10% dichiara di aver ricevuto dall'Azienda un eccellente servizio; solo il restante 5% dell'utenza giudica la qualità dell'assistenza ricevuta insufficiente. (Grafico n° 13)

In seguito alla rilevazione dei suddetti dati è possibile rendersi conto che, la maggior parte dell'utenza risulta soddisfatta, anche se a livelli differenti, della qualità assistenziale infermieristica ricevuta durante la degenza in ospedale.

Comparando i dati dell'item n° 10 (dal quale è risultato che l'8% degli utenti si sente considerato una persona degna di rispetto e umanità in ospedale), con l'item n° 12 (dal quale risulta che il 61% dei ricoverati è soddisfatto del rapporto che ha con l'infermiere), si rileva un x2 pari a 9,71. (Tabella n° 28)

Quest'ultimo dato rilevato indica che vi è una relazione tra il sentirsi considerato con rispetto e umanità e l'essere soddisfatto del rapporto con l'infermiere.

Da tale dato esaminato è possibile notare come, nella struttura ospedaliera, se i rapporti assistenziali con gli operatori sanitari sono validi e di qualità, il rispetto e l'umanità per l'assistito risultano aspetti costanti e basilari di tale rapporto terapeutico.

CONCLUSIONI

Dalla ricerca è emerso che non vi sono sostanziali differenze, riguardo la qualità delle cure erogate, tra l'Azienda Policlinico Umberto I e quella del San Giovanni Addolorata.

La motivazione di questa uniformità qualitativa tra le due realtà è da ricondursi alla mancata o erronea applicazione dei principi contenuti nella Carta dei Servizi.

Tale documento ha, in effetti, lo scopo di ottimizzare la qualità dell'assistenza erogata indicandone le modalità; trascurarlo, preclude importanti cambiamenti per il raggiungimento dello O difetto.

Non è possibile realizzare la qualità dell'assistenza infermieristica nelle varie aree e livelli se, parallelamente, non viene curata e valutata sistematicamente la formazione infermieristica di base e post-base. E' fondamentale raggiungere omogeneità dei contenuti dell'insegnamento su tutto il territorio nazionale e l'integrazione interdisciplinare tra le varie materie.

Valutare la qualità delle prestazioni infermieristiche significa seguire un processo logico, sistematico e dinamico dove i professionisti infermieri stabiliscono quali sono i livelli di assistenza da erogare al fine di modificare la realtà verso il raggiungimento di tali livelli. Per fornire un'assistenza di qualità l'infermiere deve assumersi la responsabilità della manutenzione e dell'acquisto delle attrezzature e della fornitura di queste, così anche della valutazione del rapporto costo-efficacia degli acquisti effettuati.

Dai dati rilevati è emerso una carenza di umanità e rispetto nel sistema delle cure ospedaliere, ci si dimentica che ogni problema di salute riguarda sempre la persona nel suo complesso. A tal fine, durante l'accoglienza, l'infermiere dovrà anzitutto tenere conto

dello stato d'animo dell'utente e del fatto che si crea per lui un campo relazionale nuovo. Un atteggiamento disponibile e cordiale del personale curante sarà di grande aiuto all'utente, perché ridurrà il senso di solitudine che molti provano quando sono ricoverati, permetterà di manifestare i timori e le emozioni, favorirà l'instaurarsi di rapporti di fiducia e faciliterà la trasmissione delle informazioni necessarie a tranquilizzarlo.

Dai dati rilevati dalla ricerca, è scaturita la necessità di potenziare la rete informativa ospedaliera contribuendo alla formazione di quella sicurezza necessaria per un positivo rapporto diagnostico-assistenziale con il ricoverato. Informazioni chiare ed adeguate, fornite all'utente sulle sue condizioni di salute, riducono sensibilmente l'ansia provocata dall'ignoto.

E' anche emersa la richiesta da parte degli utenti di modificare aspetti quali: la distribuzione degli orari delle attività infermieristiche, le prestazioni alberghiere, la distribuzione degli spazi architettonici.

Al fine di realizzare un ospedale di qualità e più umano, è indispensabile la distribuzione di materiale informativo e la divulgazione di questionari, per conoscere i giudizi degli utenti e migliorare il servizio ospedaliero in base ai loro suggerimenti, allo scopo di diminuire il senso di estraniamento che l'ospedalizzazione comporta.

bibliografia

- AA. VV., *Qualità accreditamento, indicatori. Logiche e percorsi per un ruolo degli infermieri nella valutazione dell'assistenza*, Roma: Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1998.
- Agnes S., *Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica*, Bologna: Edizioni Scientifiche, 1987.
- Bonaldi A., Focarile F., Torreggiani A., *Curare la qualità*, Milano: Guerini edizioni Associati, 1994.
- Calamandrei C., Orlandi C., *La dirigenza infermieristica*, Milano: Mc GRAW-Hill, Libri Italia, 1998.
- Calamandrei Carlo, D'Addio Laura, *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Mc GRAW-Hill, 1999.
- Colleoni L., *La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*, Scripta manent, 1996.
- Cortese, *Etica*, Milano: Sorbona, 1992.
- Crozier M., *La società bloquée*, Paris: Edizioni Seuil, 1970.
- Dahlke R., *Malattia linguaggio dell'anima*, Roma: Mediterranee, 1998.
- Frafi Paola, *Diritto sanitario, deontologia generale e bioetica applicata*, MASSON, 1998.
- Fucci Sergio, *La responsabilità nella professione infermieristica*, MASSON, 1998.
- Grenier, *Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica*, Sorbona, 1992.
- Iandolo C., *L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza*, Armando Editore, 1979.
- Iandolo C., *L'etica al letto del malato*, Roma, Armando.
- Jacquerye Agnès, *Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica*, Firenze: USES, Edizioni Scientifiche.

- Lanzetti Clemente, *La qualità del servizio in ospedale*, Milano: Franco Angeli Sanità, 1999.
- Leone Salvino, *Etica*, Mc Graw Hill. Milano, 1993.
- Loiduce Maria Teresa, *I questionari per valutare la soddisfazione del paziente*, Milano: SIPIS, 1994.
- Marchi R., *La comunicazione terapeutica. Interazione infermiere-paziente*, Milano: Sorbona, 1993.
- Maslach, *Burn-out: The Cost of Caring*, Englewood Cliff, Preutice Hall, 1982.
- Merleau Ponty M., *Il corpo vissuto*, Milano, 1979.
- Pellegrino E. D., Thomasma D.C., *Per il bene del paziente*, Cinisiello Balsamo: Edizioni Paoline, 1992.
- Sabatini A.G., *Medicina e morale*, USES, 1982.
- Spinanti S., *Curare e prendersi cura*, Roma: CIDAS, 1998.
- Spinanti S., *Umanizzare le malattie e la morte*, Roma: Edizioni Paoline, 1982.
- Spinsanti S., *L'alleanza terapeutica*, Roma: Città Nuova, 1998.
- Stein E., *L'empatia*, Milano: Angeli, 1986.
- Wrightcc, Whittington D., *Verifica e revisione della qualità*, Milano: Ambrosiana, 1995.
- Riviste:**
- Brandi A. *Strategie e metodi di valutazione della qualità dell'assistenza*. Professioni infermieristiche 1990; n. 2.
- Corli S, Zanetti E. *I sensi e la cura nella pratica del nursing*. L'Arco di Giano 1998; n. 17.
- D'Addio L., Biagi B. *Personale infermieristico nell'Ufficio Relazioni con il Pubblico*. L'infermiere Dirigente 1998; n. 4.
- Domenighetti G. *Il paziente consapevole*. Salute e Territorio 1998; n. 106.
- Gallucci M. *I sensi sulla via del tramonto*. L'Arco di Giano 1998; n. 17.
- Gardini L. *Cambiamento e persistenza nella quality assurance*. Q A 1990.
- Ghirelli F. *L'assistenza infermieristica e la qualità... delle prestazioni*. Professioni Infermieristiche 1993; n. 3.
- Girvin J. *La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*. Professioni Infermieristiche 1994; n. 2.
- Kitson A. *Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*. Q A 1990; n. 2.
- Loludice M. T. *Il paziente utente-cliente in sanità e la sua soddisfazione*. L'Arco di Giano 1995; n. 7.
- Marotta A. *Qualità totale: obiettivo prioritario per migliorare le prestazioni delle aziende sanitarie*. Professioni Infermieristiche 1997.
- Orsi Luciano. *Il consenso informato: il prezzo della libertà...* Bioetica 1995; n. 1.
- Papini A. *Responsabilizzazione e qualità nei servizi sanitari: una lettura della Carta dei servizi*. L'Arco di Giano 1995; n. 7.
- Rodriguez D. *Compete solo al medico l'informazione nei confronti del paziente?* Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 1998; n. 2.
- Simone O. *Quanta verità diciamo al malato*. Il polso 1989.
- Tosco S. *Costruzione di indicatori di qualità a partire dalla Carta dei servizi: esperienza in un poliambulatorio*. Nursing Oggi 1997.
- Ursi A. *Per una qualità concordata*. A Q Area Qualità News 1998; n. 1.
- Autori:**
- I.P. Francesca Lia (studente DU di Infermiere anno accademico 99/00).
- D.A.I. Angela Grilli (correlatore tesi di diploma).
- D.A.I. Edda Oliva Piacentini (relatore tesi di diploma).

INFERMIERI, l'Africa di *Emergency* e e l'altra faccia della luna

di Massimo Spalluto

Credo che molti dei miei colleghi sorridano ancora oggi nel vedermi girare spaesato per i grandi viali ed i corridoi dell'ospedale di Roma dove lavoro da circa 12 anni; a molti di loro sembrerò un infermiere appena assunto che non sa orientarsi in una struttura così grande e complessa.

Eppure sono tornato in Italia già da tre mesi, almeno fisicamente, ma è la mente che fa fatica, una tremenda fatica ad abituarsi nuovamente a questa realtà.

È infatti difficile comprendere, assimilare, riorganizzare la mente nel passaggio da una realtà come l'Africa, all'Italia di oggi, moderna e sicura, soprattutto in una città come Roma, immersa nel caos, nel traffico, nella frenesia; un caos fatto però delle nostre sicurezze quotidiane. In Italia è semplice programmare il futuro, i prossimi giorni, gli anni, la scuola, il lavoro, la casa, la famiglia; in Africa no! In Africa arrivare al giorno successivo è una scommessa per il 90% della popolazione.

Cinque mesi di vita in Sierra Leone, sembrano pochi per entrare nella cultura di un popolo, ma le immagini ti restano dentro, e sono sensazioni ed esperienze che nei nostri ospedali: ipertecnologici, burocratizzati e "sicuri" un infermiere non potrebbe certo incontrare; sono proprio queste esperienze che ti aprono la mente, ti mettono di fronte a nuove riflessioni che fino ad allora mai avevi preso in considerazione, ti mostrano un'altra faccia della medaglia, un nuovo modo di esprimere la professione infermie-

ristica: più diretto, crudo, creativo, forse meno sicuro, ma di certo più gratificante.

L'arrivo nella capitale Freetown è come decidere improvvisamente di portare indietro l'orologio per poter vedere che effetto fa.

L'effetto che fa un guerra civile durata dieci anni e più, un guerra fatta di morti quotidiane, a colpi di fucile o machete, fatta di violenze, stupri, amputazioni, donne tatuate per dimostrare la propria supremazia, un

guerra come la si intendeva molti anni fa;

non la guerra che interessa ai mass media (e forse proprio per questo è passata in secondo piano), le guerre con la S maiuscola di Spettacolo raccontate da giornali e Tv, con il numero delle armi usate, delle tecnologie stupefacenti, delle morti di massa, dei paroloni della politica.





Una guerra formalmente finita, ma che si lascia dietro: devastazioni, macerie, fame, problemi igienici e sanitari enormi, un'intera popolazione impaurita ed incapace di reagire, come fossero stati solo un incubo i dieci anni appena trascorsi. Ed è proprio questo che colpisce, come sia dimenticato il problema della guerra una volta che il sipario dello spettacolo è calato, tutti presenti quando c'è da raccontare la guerra in diretta, ma nessuno che si ricordi della gente che rimane a subire le conseguenze che la guerra lascia, conseguenze spesso peggiori della guerra stessa, e che comunque impiegano decenni per la loro soluzione.

Questa è la mia prima missione e non sono certo un esperto di paesi in guerra, ma l'impatto è veramente forte, la città si divide in due contrasti netti, da una parte le case dei potenti, i governanti, i banchieri, quelli che le conseguenze della guerra le sfiorano solamente, dall'altra le case della gente comune, poche in mattoni, alcune in legno, molte (interi quartieri) in lamiera con qualche rattoppo di cartone, la maggioranza che ogni giorno deve lottare per sopravvivere, per un lavoro, per dare da mangiare ai figli, tutti quelli che la guerra se la portano dentro, e per molto tempo.

Mohammed, il logista dell'ospedale dove sono diretto cerca di farmi capire che le cose stanno lentamente migliorando, ma mi riesce difficile pensare positivamente di fronte a queste immagini, alle centinaia di soldati incontrati lungo la strada ed ai blindati con le mitragliatrici.

L'arrivo in Ospedale è di quelli che ti restano dentro, varcato il cancello sembra di aver lasciato fuori la guerra ed i suoi orrori; niente soldati, niente armi, solo la gente è la stessa, bambini che aspettano di essere visitati, infermieri, medici, ragazzi che costruiscono nuove strutture.

La Medical Coordinator Susanne, un'infermiera svedese, mi accoglie con calore e mi spiega l'ospedale, i valori di Emergency, gli obiettivi che ci si è posti; mi rendo subito conto che la mentalità è diversa in questa realtà, non serve qui il mio modo di essere infermiere, perlomeno come lo intendevo in Italia, come lo avevo appreso alla scuola Infermieri. Niente burocrazia, giri di parole che deviano la tua attenzione da quello che è realmente il tuo ruolo: "assistere e curare un uomo". Spesso in Italia ho avuto l'impressione che il paziente fosse un'immagine sfocata dietro mille pratiche burocratiche, qui solo l'essenziale è utile per i mille problemi di questa gente, perché dove c'è bisogno di tutto, solo le cose semplici funzionano.



In un primo momento questo tipo di filosofia può sembrare disarmante, ma presto mi sono sentito molto più leggero, soprattutto nei confronti dei pazienti, dei colleghi, dei chirurghi, il rapporto è molto più diretto, incisivo: infermiere paziente, problema soluzione, poche le risorse e per questo da gestire nel migliore dei modi possibili.

L'ospedale è semplice, ma incredibilmente funzionale, in pochi ettari di terreno c'è lo spazio per tutto ciò che è essenziale per la cura dei pazienti: due reparti per adulti, due reparti per bambini (16 posti letto ognuno), una terapia intensiva (8 posti letto), due sale operatorie con zona sterilizzazione, Pronto soccorso, Radiologia, Laboratorio analisi, Banca del sangue, Farmacia, cucina e mensa, fisioterapia, scuola per i bambini, generatore elettrico, inceneritore, lavanderia, sartoria, uffici, magazzini, posti di guardia, e posto di manutenzione.

In poco più di un anno di attività, più di 1000 pazienti sono stati ricoverati, quasi tutti operati per ferite direttamente collegate alla guerra, o dovute alle conseguenze della guerra; più di 5000

sono le persone che sono state visitate ed assistite dal punto di vista sanitario. In ospedale sono impiegati più di 150 sierraleonini (con stipendi medio/buoni), tra medici, infermieri, ausiliari e personale tecnico. Nella maggior parte dei casi è personale che è stato formato dal team di Emergency.

La strada segnata da Emergency è dimostrare a questa gente, a noi stessi e forse a tutti, quello che è possibile fare solo con la forza di volontà, l'impegno di professionisti comuni, non certo gente con doti eccezionali se non la buona volontà ed il buon senso, impiegando le risorse a disposizione per la gente e con la partecipazione diretta della gente.



Gli ospedali di Emergency sparsi nei paesi in guerra di mezzo mondo si basano su questo spirito, quello che ho vissuto per cinque mesi in Sierra Leone.

L'ambiente dell'ospedale è sereno e tutti lavorano coscienti di fare qualcosa per il proprio futuro e per la propria gente, che paziente, attende davanti al cancello dell'ospedale, e proprio quel cancello è il limite oltre il quale la realtà della Sierra Leone ti viene nuovamente di fronte: bambini malnutriti,

uomini amputati, fratture vecchie di giorni se non di anni, volti smarriti che chiedono qualsiasi cosa, perché di tutto hanno bisogno; gente molto giovane, pochi gli anziani, perché come mi spiega Mohammed che ormai è

diventato una specie di angelo custode, la vecchiaia in Sierra Leone è un lusso che pochi si possono permettere.

Il mio compito è quello di coordinare e far crescere il gruppo di infermieri della Sala Operatoria, allargare le loro conoscenze, metterli in condizione, in cinque mesi, di gestire autonomamente le attività della sala operatoria, senza l'aiuto di personale internazionale; perché un giorno questo ospedale sarà completamente lasciato al loro paese.

Le attività della Sala Operatoria non sono facilmente prevedibili, la lista operatoria compilata la sera prima è solo un'indicazione, le urgenze provenienti dal pronto soccorso sono molte, e spesso di difficile gestio-



ne, si va dalla frattura esposta per un incidente stradale (le strade sono ridotte così male da rappresentare un vero pericolo per chi le percorre), ad un addome acuto, dal reperire una vena centrale per un bambino malnutrito ed anemico in fin di vita, alle ustioni gravi per incidenti vari, dalle amputazioni di arti alle ernie strozzate.

Le attrezzature sono semplici ma efficaci, anche le autoclavi a vederle non ispirano molta fiducia, ma lavorano 24 ore al giorno e sfornano strumenti sterili per tutto l'ospedale; niente monitor cardiaci o altro monitoraggio, un semplice saturimetro portatile ed un vecchio respiratore Armstrong, peraltro poco usato, intubare un paziente è un'eccezione, poiché non ci sono abbastanza farmaci e presidi per gestire un'anestesia generale con intubazione endotracheale per tutti, e quelli che ci sono ce li teniamo cari per i pazienti veramente gravi; l'anestesia più comune è solo a base di Chetamina, dall'ernia strozzata all'amputazione, passando per la laparotomia. I materiali non mancano sia i presidi sanitari che i farmaci, lo sforzo logistico di Emergency è notevole, avere tutto questi presidi qui in Africa è un lusso che altre organizzazioni non si possono permettere.

I ragazzi della sala operatoria sono tutti molto giovani e vogliosi di imparare, non c'è una netta distinzione tra personale medico, infermieristico ed ausiliario, si lavora tutti insieme, passo senza troppi problemi dal ruolo di aiuto chirurgo a strumentista al trasporto dei pazienti in reparto, entro ogni mattina in ospedale alle 8.30, e non riesco ad uscire mai prima delle 8.00 di sera, tranne qualche piccola corsa lungo la spiaggia-

già per mantenermi in forma e spezzare un po' la tensione.

Le tecniche infermieristiche e chirurgiche, sono ridotte all'essenziale, molte volte è la fantasia che ci viene in aiuto: reperire tipi di suture, strumenti chirurgici, stilare un protocollo, programmare le sedute operatorie, mantenere l'asepsi, tutto è più difficile, ma con il confronto si trova una soluzione e poi ci sono i problemi dei pazienti in primo piano, che ti spronano a trovare soluzioni quotidianamente.

E sono tante le storie dei pazienti di questo ospedale, ed ognuna di queste ti tocca, perché sono le storie di chi vive una guerra quotidiana contro le necessità primarie per avere un futuro, forse una guerra meno cruenta di quella fatta con le armi, ma molto più lunga e dolorosa.

C'è la storia di Abibu (6 anni) che viene da un villaggio sperduto nella provincia Nord, dove la mamma per guadagnare i pochi soldi per mangiare vende, al mercato, il sapone che produce con la Soda; Abibu vivace come tutti i bambini ha bevuto la soda (che è caustica, e questo succede molto spesso ai bambini, ne abbiamo avuti già cinque casi in quattro mesi, di cui uno morto). Il risultato è una stenosi dell'esofago che gli impedisce di deglutire da cinque mesi, per cui non mangia. Un caso del genere in Italia sarebbe una stupidaggine, con i mezzi che abbiamo basterebbe un Esofago-gastroscoopia per dilatare l'esofago e risolvere la stenosi, qui non ci sono gastroscopi e tutto diventa più complicato.

Con Abibu ho instaurato un rapporto di complicità, tra i bambini che sono la cosa più bella di questo ospedale, lui, piccolo delinquente per necessità, mi viene incontro con il viso triste, cerca di farsi prendere in braccio per frugarti nelle tasche alla ricerca di palloncini colorati che ogni tanto compro per i bambini dell'ospedale, appena ne ha uno corre a farlo vedere agli altri bambini per vantarsi.

Dopo la dilatazione eseguita in sala operatoria, fatta con strumenti chirurgici di fortuna e vecchi dilatatori degli anni '50, Abibu ha ricominciato a de-





glutire e a mangiare, ma stranamente ancora perde peso (pesa undici chili), molte volte rimette quello che mangia, e si cerca un sistema per fargli assimilare quello che mangia prima di rimuovere la gastrostomia.

La Sierra Leone è piena di storie come questa, storie di gente che non ha praticamente niente e che non si può permettere di pagare l'assistenza (che è a pagamento!!! 70 Leones per una settimana di ricovero, quando uno stipendio medio/buono è di 140 Leones al mese) in un ospedale pubblico.

C'è Salomon, un uomo che ha avuto la mano destra amputata a causa delle ustioni provocate dai ribelli del RUF (Revolutionary Unit Front), a cui si è ridato l'uso del moncherino almeno nella speranza di una protesi, l'arto lo abbiamo letteralmente separato dal torace, dove si era fuso a causa delle ustioni. C'è Memuna una ragazza di sedici anni che per partorire, in condizioni igieniche pessime, un figlio che poi è morto, si è ritrovata una fistola vescico-vaginale e retto-vaginale che piano piano la sta portando al prolasso della vescica con grossi problemi infettivi, e non ci sono ginecologi o urologi che sono in grado di riparare queste fistole.

Questa è la gente della Sierra Leone che incredibilmente sempre con un sorriso luminoso ti saluta, e non smette mai di ringraziarti. Ho visto visi di bambino sorridere e giocare, il giorno dopo che gli avevamo amputato una gamba, e mi sono sentito veramente piccolo con le mie paure di fronte a loro

E' lo spirito di gruppo, il valore più grande di questo ospedale, ognuno si sente parte di un gruppo eterogeneo ma forte, il sierraleonino come l'internazionale. Dal giovane chirurgo alla sua prima esperienza, al chi-

urgo con 30 anni di primariato sulle spalle, agli infermieri, si lavora consapevoli dell'importanza del progetto per il futuro di questa gente, ed ogni piccolo segno di crescita visto in città viene accolto come un segno che le cose stanno migliorando, ed ogni piccolo passo in questo paese è una grande conquista. Molte volte ci ritrovavamo la sera a discutere i problemi dell'ospedale, dei pazienti, a capire quale era lo spirito del nostro essere lì, come medici, infermieri o fisioterapisti, e forse la risposta migliore che potevamo dare era, ed è rappresentata tuttora, dalla nostra presenza e quella di Emergency in Sierra Leone.

Di una cosa sono sicuro, mai nella mia esperienza professionale di circa 18 anni di infermiere, mi sono mai sentito così gratificato dal lavoro, così soddisfatto e felice ogni giorno di fare qualcosa, anche se una piccola cosa per gli altri; mai mi sono sentito così bene con me stesso, realizzato nelle mie scelte professionali ed umane, contento di avere qualcosa, anche solo le mie conoscenze professionali, da condividere con la gente d'Africa, con gli infermieri della Sierra Leone; perché spesso nella nostra metà del mondo, protetti dalle nostre società dove anche il superfluo è scontato, pensiamo a questi popoli come se si trovassero su un altro pianeta, quasi l'altra faccia della luna, che non possiamo o non vogliamo vedere, per non essere costretti a ragionare sulle miserie umane, sulle guerre come quella che proprio in questi giorni qualcuno sta decidendo di scatenare sopra un popolo che oltre a subire una dittatura ha solo la colpa di vivere sopra i grandi giacimenti di petrolio.

Ma una cosa questa esperienza mi ha regalato, la consapevolezza che le guerre, non sono quelle asettiche viste dai comodi schermi di una televisione, ed hanno tutto un altro sapore quando le senti sulla tua pelle.

Autore:

*Massimo Spalluti - Infermiere Professionale
Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini,
Roma.*

L'inserto

**Relazione
del Presidente
all'assemblea
degli Iscritti**

2003



Straordinario successo della manifestazione. "Rome Race For Cure"

Una festa all'insegna della speranza e della fiducia nel futuro, ma soprattutto vissuta nel segno della prevenzione.

Si è svolta lo scorso 18 maggio a Roma l'ultima edizione di "Rome Race For Cure", la pregevole iniziativa della Komen Italia per la promozione della prevenzione del cancro al seno.

Si è trattato, come ormai accade da alcuni anni a questa parte, di un successo pieno, con la partecipazione di un gran numero di cittadini e con le donne chiaramente in prima fila.

E anche quest'anno il Collegio Ipsvi di Roma non ha voluto far mancare il suo apporto ad una manifestazione che si propone oggi come un vero e proprio caposaldo promozionale della prevenzione delle neoplasie mammarie.



Ecco che, nel nome dell'attenzione e dell'ammirazione che tutti gli infermieri di Roma e della provincia riservano alle iniziative della Komen Italia, nella consapevolezza che l'attività educativa da questa svolta sia fondamentale per un corretto approccio al problema e decisiva per la prevenzione del cancro al seno, il Collegio ha allestito un suo stand distribuendo al pubblico presente una serie di pubblicazioni e materiale informativo sul tema della prevenzione dei tumori al seno.

Di più. Con l'indispensabile ausilio dei colleghi del Forlanini e di quelli che operano presso le strutture di cura delle Suore della Misericordia, si è proceduto alla misurazione della pressione arteriosa del folto pubblico presente.

Più che di uno screening sanitario, è stato un modo per avvicinare i cittadini alla professione infermieristica.



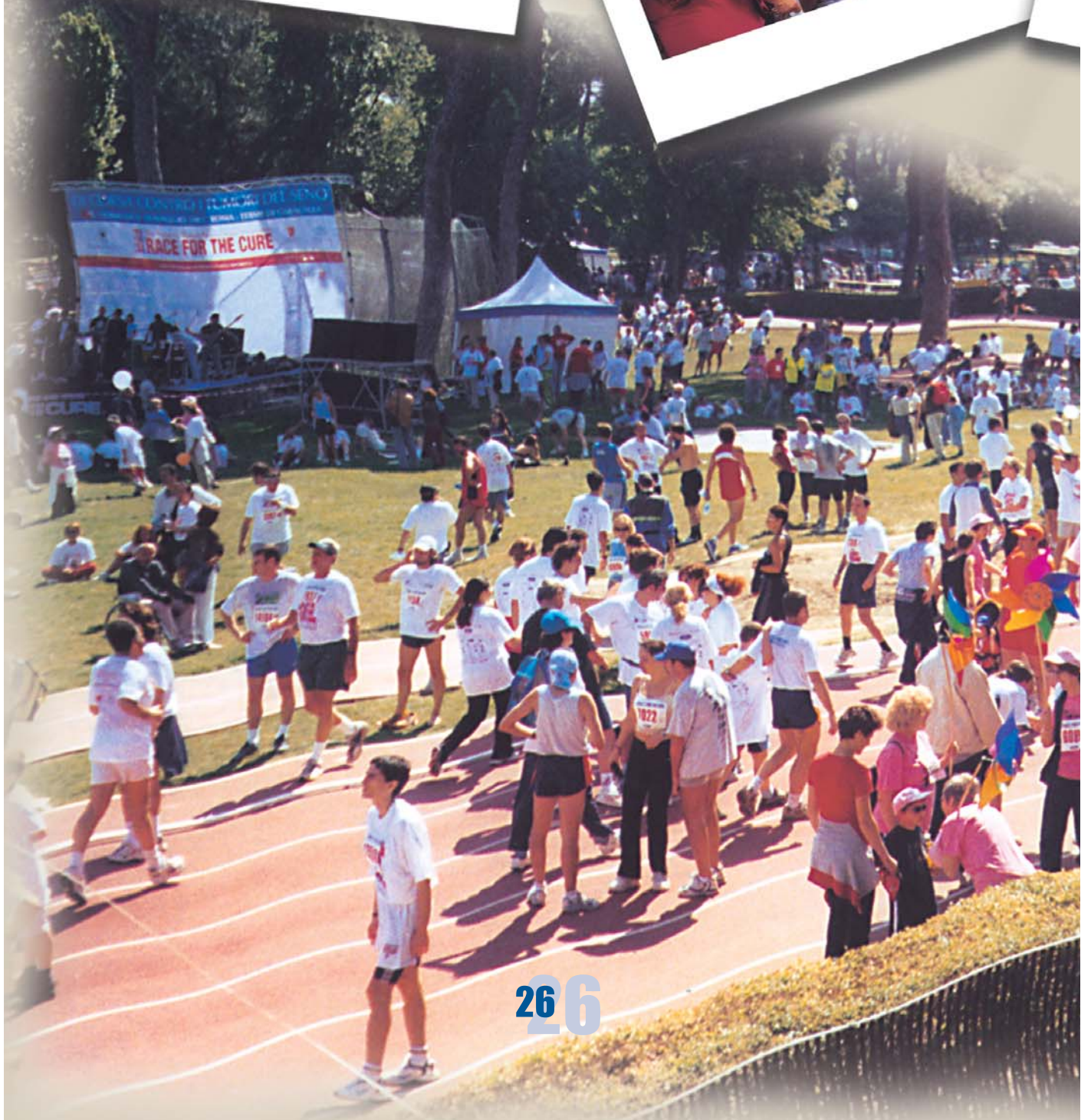
ca, alle sue peculiarità, alla nuova figura professionale degli infermieri italiani.

Un'opera di promozione della professione infermieristica che ha coinvolto anche tanti giovani, molti dei quali entrati in contatto per la prima volta con la nostra attività professionale e che hanno potuto osservare

da vicino un infermiere all'opera.

L'impegno della Komen Italia nel campo della prevenzione dei tumori al seno trova piena solidarietà e assoluta comunanza di intenti nella professione infermieristica. Da qui l'impegno del Collegio IPASVI di Roma ad offrire ogni utile collaborazione nell'interesse supremo della salute delle donne.







Giornate di Studio Itineranti

"L'Infermiere e le nuove prospettive professionali"

Ore 7.30 – 8.00

Registrazione dei partecipanti

Ore 8.00 – 13.00

1° sessione: "Dalla formazione all'esercizio professionale"

- Le nuove prospettive professionali dell'infermiere alla luce della normativa vigente.
- Il profilo professionale, riferimento per lo sviluppo della competenza.
- Dall'autonomia alla scelta della decisione: l'ambito deontologico.
- Tavola rotonda sulle nuove esigenze di salute della popolazione, ruolo dell'infermiere.

Ore 14.00 – 19.00

2° sessione: "Elementi caratterizzanti l'organizzazione dell'assistenza infermieristica"

- Qualità dell'assistenza: criteri, indicatori, standards.
- La personalizzazione dell'assistenza, analisi dei modelli organizzativi.
- La documentazione infermieristica e gli strumenti operativi.
- Tavola rotonda sui nuovi ruoli del coordinamento infermieristico.

Date degli eventi

Settembre

Mercoledì 10: Azienda Osp. S. Giovanni
Martedì 23: Policlinico A. Gemelli
Martedì 30: IRCCS S. Lucia

Ottobre

Venerdì 10: Policlinico Umberto I
Mercoledì 15: Tivoli
Mercoledì 29: Forlanini – S.Camillo

Novembre

Venerdì 07: Sabato 08 - Ariccia
Sabato 22: Bracciano
Mercoledì 26: Monterotondo

Dicembre

Lunedì 01: S. Spirito
Giovedì 04: IRCCS IDI
Martedì 09: I.F.O. – IRCCS I.R.E. – I.S.G.

Evento in corso di accreditamento ECM il costo delle giornate è di Euro 30,00.
Per informazioni: Collegio IPASVI di Roma Tel. 06.70475269

Giornate di studi itineranti

L'infermiere e le nuove prospettive professionali



10 Settembre <i>Università Lateranense</i>	7-8 Novembre <i>Ariccia</i>		
23 Settembre <i>Policlinico Gemelli</i>	22 Novembre <i>Bracciano</i>		
30 Settembre <i>Santa Lucia</i>	26 Novembre <i>Monte Rotondo</i>		
10 Ottobre <i>Policlinico Umberto I</i>	1 Dicembre <i>Santo Spirito</i>		
15 Ottobre <i>Tivoli - Hotel Duca D'Este</i>	29 Ottobre <i>Carlo Forlanini</i>	9 Dicembre <i>San Raffaele IFO</i>	4 Dicembre <i>I.D.I.</i>

Giornate itineranti

Come negli anni passati il Collegio IPASVI di Roma, per consentire al maggior numero possibile di iscritti di acquisire i "crediti formativi", organizza dal mese di settembre p.v. le giornate itineranti nei vari ospedali di Roma e provincia con la tematica di etica ed organizzazione.

Questa tipologia di tematica è nata da voi tutti che con i consigli e le necessità espressi negli ultimi eventi formativi proposti dal Collegio nelle recenti giornate itineranti.

La promozione della salute che nasce con la carta dei servizi del 21 novembre 1986 dopo la Conferenza Internazionale di Ottawa, mette al centro il "processo che devono essere in grado di acquisire le persone per aumentare il controllo della propria salute e di migliorarla...."; quindi in virtù di ciò la categoria che più necessita di aggiornamento è (oltre quella medica) quella infermieristica, che con l'evoluzione dei tempi è destinata a diventare sempre più parte tra-

nante della politica sanitaria.

L'aggiornamento, quindi si rende indispensabile e sempre più "gravoso per le tasche" degli infermieri; il Collegio con sempre maggiori difficoltà da parte degli enti preposti (Aziende Sanitarie) cerca di trovare spazi all'interno dei vari ospedali;

proprio per garantire l'aggiornamento permanente per tutti gli iscritti.

Gli obiettivi che come Collegio ci siamo prefissi per queste giornate sono quelle di coinvolgere tutta la categoria in argomenti di carattere generale, dove la controversia molte volte prevale, quindi un'ampia discussione ed una riflessione sul nostro modo di operare tra la gente si rende doverosa; il contributo che tutti i relatori mettono a disposizione è di elevato livello, ci aspettiamo da tutti Voi altri contributi per elevarlo ancora di più.

La corsa ai "crediti formativi" non deve essere fine al raggiungimento degli stessi, ma deve crescere la consapevolezza dentro ognuno di noi che si raggiunge l'apice della professione, mediante un continuo e sempre più qualificante livello di aggiornamento.

Con queste giornate itineranti vogliamo altresì arrivare a tutti quei colleghi che hanno grandi difficoltà a recarsi presso luoghi di convegni accentrati, da qui lo sforzo di raggiungervi nei vostri luoghi di lavoro.

Ci attendiamo, quindi una massiccia presenza di tutti, approfittate dell'evento formativo a voi più vicino ed attendiamo altri suggerimenti.

Congresso Internazionale

Il contributo dell'infermieristica nell'innovazione dei sistemi sanitari

di Paolo Romano

Un confronto a cui è ormai impossibile sottrarsi, divenuto quasi obbligato dopo il successo della prima conferenza internazionale dedicata al sapere infermieri-

stico. Roma ospita quest'anno il secondo incontro e, forte dell'esperienza maturata tre anni fa, vuole fissare definitivamente un punto di riferimento per i colleghi di molti altri Paesi.

Non solo un'occasione qualificata per osservare da vicino modelli assistenziali diversi, per conoscere le esperienze maturate altrove, ma anche per misurare su scala mondiale la crescita professionale degli infermieri italiani.

L'organizzazione del primo evento ha comportato uno sforzo notevolissimo per il Collegio, ampiamente ripagato però dall'eccezionale partecipazione e dalla qualità dei contenuti. E supportato dalla richiesta esplicita dei partecipanti di allestire al più presto il secondo incontro.

Eccoci dunque alla Conferenza Internazionale 2003 sul sapere infermieristico, due giornate in cui colleghi che vivono realtà e situazioni diverse si incontrano, si scambiano informazioni ed esperienze, costruiscono un confronto utile a costituire una visione comune del sapere infermieristico che sappia andare al di là dei confini nazionali, stimoli la collaborazione tra gli

Global nursing scholarship
Il sapere infermieristico in una prospettiva internazionale

Il conference
Nursing vitality in health care reform

President
Dyanne Affonso

24-25 June 2003 - Rome, Italy

Il conference
Il contributo dell'infermieristica nell'innovazione dei sistemi sanitari

Presidente
Gennaro Rocco

Roma, 24-25 Giugno 2003

Sede congressuale
Hotel Jolly Midas - via Aurelia, 800 - Roma

Collegio Provinciale IPASVI
Roma

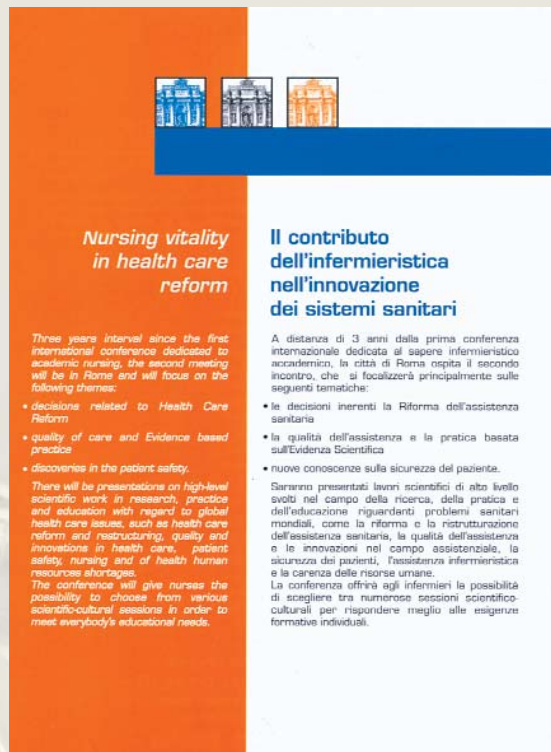
13 Crediti ECM per Infermieri
13 Crediti ECM per Infermieri pediatrici
11 Crediti ECM per Assistenti sanitari

infermieri di Paesi diversi nello studio di problemi mondiali della salute e nell'evoluzione dell'assistenza alla persona malata.

E' il questo il "taglio" che più si addice alla nostra professione di oggi, che come poche altre sta puntando decisamente sulla qualificazione e sull'aggiornamento. Diventa perciò fondamentale l'aspetto della verifica costante sul piano internazionale, dello scambio di esperienze, conoscenze, tecniche, ma anche della condivisione di un rapporto al tempo stesso umano e professionale con colleghi di altri Paesi. Un aspetto, questo, a cui il Collegio sta dedicando grandi energie, offrendo occasioni d'incontro e confronto attraverso seminari e work-shop, visite di delegazioni estere, viaggi di studio e conferenze internazionali come quella che il 24 e 25 giugno 2003 porterà a Roma tanti colleghi stranieri con il loro bagaglio di vita professionale.

Il tema della conferenza, "Il contributo dell'infermieristica nell'innovazione dei sistemi sanitari", offre un ampio scenario con il quale misurarsi in chiave attuale e anche futura. I lavori, articolati in una sessione plenaria e sei parallele, affronteranno questioni di grande interesse infermieristico: le decisioni correlate alla riforma dell'assistenza sanitaria; la qualità dell'assistenza e la pratica basata sull'evidenza scientifica; le scoperte sulla sicurezza del paziente. Saranno presentati lavori di alto livello scientifico, svolti nei campi della ricerca, della pratica e dell'educazione, concentrati in particolare sui problemi sanitari d'interesse mondiale, come la riforma e la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria, la qualità dell'assistenza e le innovazioni in campo assistenziale. Per tutti ci sarà la possibilità di scegliere la sessione scientifico-culturale che meglio risponde alle esigenze formative individuali. L'evento si profila già come un successo.

Ci piace pensare che l'impegno pro-



**Nursing vitality
in health care
reform**

Three years interval since the first international conference dedicated to academic nursing, the second meeting will be in Rome and will focus on the following themes:

- decisions related to Health Care Reform
- quality of care and Evidence based practice
- discoveries in the patient safety.

There will be presentations on high-level scientific work in research, practice and education with regard to global health care issues, such as health care reform and restructuring, quality and innovations in health care, patient safety, nursing and of health human resources shortages.

The conference will give nurses the possibility to choose from various scientific-cultural sessions in order to meet everybody's educational needs.

**Il contributo
dell'infermieristica
nell'innovazione
dei sistemi sanitari**

A distanza di 3 anni dalla prima conferenza internazionale dedicata al sapere infermieristico accademico, la città di Roma ospita il secondo incontro, che si focalizzerà principalmente sulle seguenti tematiche:

- le decisioni inerenti la Riforma dell'assistenza sanitaria
- la qualità dell'assistenza e la pratica basata sull'Evidenza Scientifica
- nuove conoscenze sulla sicurezza del paziente.

Saranno presentati lavori scientifici di alto livello svolti nel campo della ricerca, della pratica e dell'educazione riguardanti problemi sanitari mondiali, come la riforma e la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria, la qualità dell'assistenza e le innovazioni nel campo assistenziale, la sicurezza dei pazienti, l'assistenza infermieristica e la carenza delle risorse umane.

La conferenza offrirà agli infermieri la possibilità di scegliere tra numerose sessioni scientifico-culturali per rispondere meglio alle esigenze formative individuali.

fuso dal Collegio di Roma in questo campo abbia contribuito ad accrescere la considerazione degli infermieri italiani sul piano internazionale, della qual cosa siamo spesso i primi a non avere contezza. Proprio da queste occasioni di confronto con i colleghi di altri Paesi abbiamo potuto cogliere un'immagine lusinghiera della nostra professionalità e un riconoscimento unanime del livello raggiunto dalla competenza infermieristica in Italia.

Una bella soddisfazione, insomma, che al contempo ci consente di avere uno spaccato completo dell'assistenza infermieristica nei Paesi a sanità più avanza, di apprendere nuovi modelli e strumenti, sperimentazioni in atto e studi di settore. Un confronto che, integrato con la nostra esperienza quotidiana, ci aiuta a definire meglio il modello più calzante e funzionale alla realtà del nostro servizio sanitario.

Corso in Artroscopia per Personale non medico

Nella bellissima città di Genova nei giorni che vanno dal 28 aprile al 1 maggio u.s. si è svolto con enorme successo, un corso di aggiornamento per Infermieri in tecnica di artroscopia

Sempre di più le società "mediche", vista l'importanza che ricopre l'infermiere, sentono l'esigenza di far spazio nei propri convegni a carattere naziona-

le a delle sessioni di pura assistenza infermieristica.

Questa esigenza per la prima volta è nata quattro anni fa nella SIOT che si è svolta a Roma, dove la presenza infermieristica ha sbalordito tutti sia per la qualità che per la quantità di persone presenti. Con piacere ho accettato l'invito del Prof. Priano (Presidente del S.I.A.) a partecipare a questo congresso rimanendo molto soddisfatto sia dell'organizzazione che della presenza e qualità degli argomenti trattati.

Convegno internazionale di riabilitazione post-artroscopia
Corso di aggiornamento in artroscopia per personale non medico
Corso di aggiornamento sui tutori
Simposio artroscopia e protesi
Corso di artroscopia in reumatologia
Spazio Giovani Leoni
Corso di chirurgia virtuale
Artroscopia e radiologia dedicata
Corsi di istruzione

MAGAZZINI del COTONE
28 aprile - 1° maggio 2003

16° CONGRESSO NAZIONALE

Società Italiana di Artroscopia

Genova 2003

Giornata nazionale della prevenzione dell'Ictus

Non poteva mancare la presenza e la collaborazione del Collegio IPASVI di Roma alla giornata nazionale per la prevenzione all'ictus che si è svolta domenica 18 maggio u.s. presso il Policlinico Umberto I.

La risposta dei cittadini è stata molto importante perché la presenza, molto alta, ha fatto

riscoprire a persone di età varia l'importanza della prevenzione, ma soprattutto della documentazione in un campo dove molte volte non abbiamo approfondito i perché della malattia e come prevenirla.

L'Associazione Alice ha certamente colto nel segno, poichè oltre a fornire gratuitamente la misurazione della pressione arteriosa, il prelievo per il test del colesterolo e trigliceridi, ad alcune selezionate persone è stato eseguito anche il doppler dei vasi del collo, con relative risposte e soprattutto consigli sulle abitudini di vita da tenere comprese quelle alimentari.

della Chirurgia Vertebrale. Un grazie a Tutti gli infermieri relatori che hanno dimostrato una forte specificità nel campo della strumentazione in sala operatoria; ma un grazie ancora più grande va a tutti quei colleghi che, presenti, ed operanti nei reparti di degenza, contribuiscono in modo molto grande alla riuscita dell'intervento chirurgico.

Un grazie al Presidente del G.I.S. (Prof. C.A. Logroscino), per aver dimostrato sensibilità ed oculatezza nel voler ripetere l'esperienza dello scorso anno.

Corso di formazione per strumentisti di sala operatoria ortopedica

Nell'ambito del Congresso Nazionale del G.I.S. (Società Italiana di Chirurgia Vertebrale) il 5 giugno u.s. si è svolto, per la seconda volta, un Corso di Formazione per Strumentisti di Sala Operatoria Ortopedica organizzato e gestito esclusivamente da infermieri, "accreditato" per 100 persone ed ha avuto il tutto esaurito. Il successo è stato pieno e la più grossa soddisfazione per noi infermieri è stata quella di creare un dibattito forte su una patologia emergente come quella

The poster is for the XXVI National Congress of the Italian Society of Spinal Surgery (G.I.S.), held in Rome from June 6-7, 2003. It features a central image of a lit street lamp against a red background, with the dome of St. Peter's Basilica visible in the distance. The text on the poster includes the following information:

- XXVI CONGRESSO NAZIONALE G.I.S.**
- Società Italiana di Chirurgia Vertebrale
- Roma, 6-7 giugno 2003
- Presidente: Carlo A. Logroscino**
- Patologia Degenerativa e dell'Età Avanzata
- Chirurgia Mini Invasiva
- Corso di Formazione per Strumentisti di Sala Operatoria Ortopedica**
- Roma, 5 giugno 2003
- CREDITI OTTENUTI
- Programma

Il monitoraggio emodinamico del paziente sottoposto a trapianto epatico in terapia intensiva

di Gaetano Romigi e Rossella Marchetti

INTRODUZIONE

Il monitoraggio dei pazienti critici in una Terapia intensiva consiste nell'osservazione costante di determinati parametri fisiologici avente come scopo precipuo quello di registrare e valutare dati ed informazioni sullo stato e sull'andamento delle principali funzioni organiche del paziente.

Il monitoraggio permette di avere chiaro ed immediato il quadro clinico ed assistenziale del malato e di osservare l'evoluzione di eventi patologici prevedibili e non.

In situazioni particolari, e nella stragrande maggioranza dei pazienti ricoverati in Rianimazione o Terapia intensiva specialistica, il monitoraggio è di fondamentale importanza in quanto rivolto a soggetti in condizioni di equilibrio instabile e repentinamente modificabili sia spontaneamente che a seguito dei trattamenti terapeutico-farmacologici.

MONITORAGGIO CARDIOCIRCOLATORIO

Il monitoraggio dell'attività elettrica del cuore viene effettuato attraverso la semplice rilevazione continua su di un monitor di tipo "modulare" del tracciato elettrocardiografico (E.C.G.), della frequenza cardiaca (F.C.), del ritmo cardiaco e la eventuale registrazione su carta dei dati.

I monitors sono in grado anche di memorizzare l'andamen-

to nel tempo dei valori numerici dei parametri registrati, rappresentandoli come curva su un sistema di assi.

Inoltre i monitors sono tutti collegati ad una centralina di controllo in grado di visualizzare su di un unico schermo più tracce ECG e parametri emodinamici.

Scopi:

- Valutazione secondo per secondo della funzionalità cardiaca
- Rilevazione tempestiva di alterazioni del tracciato, della frequenza e del ritmo

- Osservazione nel corso di manovre particolari o procedure diagnostico-terapeutiche invasive

Procedura:

- Collegare il monitor alla rete e quindi accenderlo; verificare la carica delle batterie autonome prima dell'uso.

- Connettere il cavo-paziente all'opportuna uscita del monitor, rispettando l'orientamento dei pins. Nell'uso di monitors di tipo modulare è opportuno connettere il cavo-paziente prima dell'accensione dell'apparecchio, per evitare danni ai circuiti interni.

- Depilare la cute del paziente nelle aree di applicazione degli elettrodi.

- Pulire i punti prescelti con etere o acetone.

- Rimuovere il film protettivo dagli elettrodi e verificare se la quantità di pasta conduttrice è sufficiente; se necessario, aggiungere dell'altra.

- Applicare gli elettrodi sulla cute, comprimendoli per migliorarne l'adesione.

- Connettere gli elettrodi al cavo-paziente rispettando il codice-colore della derivazione.

- Assicurarsi che i cavetti non operino trazioni sugli elettrodi; nel caso, fissarli opportunamente sulla cute del torace con cerotti, raccogliendoli in un'ansa.

- Fissare il cavo al letto con apposita clip.

- Se possibile, fare in modo che il cavo decorra a una certa altezza al di sopra del letto, al fine di evitare che intralci l'accesso al paziente o venga lesa accidentalmente.

- Valutare la qualità del segnale elettrico sul video e predisporre per un buon funzionamento attraverso:

a) *Selezione della derivazione;*

b) *Ottimizzazione della morfologia dell'onda, al fine di consentire di captare correttamente la frequenza cardiaca;*

c) *Predisposizione dei livelli d'allarme minimo e massimo della frequenza cardiaca;*

d) *Regolazione del volume d'allarme acustico*

e) *Regolazione del volume del beep da QRS;*

f) *Regolazione della velocità di scorrimento della traccia;*

- Controllare il funzionamento degli allarmi acustici.

- Verificare la corrispondenza tra il valore di frequenza cardiaca letto sul monitor e quello rilevato con la palpazione del polso arterioso del paziente.

MONITORAGGIO EMODINAMICO

Nei pazienti trapiantati di fegato i dati riguardanti E.C.G., P.A., F.C., P.V.C. non sono sufficienti per una chiara valutazione e monitoraggio, in particolare della funzionalità cardio-vascolare, durante i primi giorni di decorso post-operatorio.

SCOPI PRINCIPALI DEL MONITORAGGIO EMODINAMICO NEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A TRAPIANTO EPATICO:

- Controllo adeguatezza per fusione generale ed epatica
- Precoce rilevazione di inadeguata perfusione (compare allorché il paziente diviene emodinamicamente instabile)
- Ottimizzazione terapie

Data la molteplicità di fattori che determinano l'andamento dei parametri vitali i dati pressori, di frequenza, elettrocardiografici, ecc. devono essere interpretati contestualmente alla valutazione di altri parametri come ad esempio la diuresi oraria, l'emogasanalisi su sangue arterioso, o lo stato emodinamico.

L'Infermiere che presta la sua opera in Terapia intensiva collabora attivamente con l'anestesista-rianimatore ed i vari specialisti nella rilevazione di tutti i parametri necessari per il controllo dell'evoluzione, il trattamento farmacologico, la prevenzione delle eventuali complicanze, l'assistenza infermieristica e la riabilitazione.

In particolare l'Infermiere è tenuto a sapere che vi possono essere grandi disparità di funzione tra sezioni destre e sinistre del cuore, alterazioni delle resistenze del circolo polmonare e precarie condizioni di circolo o dell'attività miocardica che richiedono il monitoraggio di parametri emodinamici più complessi per essere correttamente inquadrati e l'uso di tecniche, presidi ed attrezzature avanzate come nel caso del cateterismo dell'arteria polmonare, del monitoraggio mediante sistema integrato COLD oppure sistema PICCO.

Il paziente trapiantato di fegato che giunge in terapia intensiva per i primi giorni di decorso post-operatorio proviene dalla sala operatoria ancora intubato ed in assistenza respiratoria meccanica.

E' portatore di catetere venoso centrale (CVC), 2 cannule in arteria radiale (a destra e a sinistra), il catetere di Swan-Ganz e un catetere venoso periferico di grosso calibro.

Con questi accessi vascolari sono possibili infusioni continue, prelievi ematici frequenti e monitoraggio emodinamico di base ed avanzato.

Tra le metodiche di monitoraggio invasivo più routinariamente applicate in terapia intensiva vi è la rilevazione in continuo della pressione arteriosa che risulta necessaria dopo interventi di alta chirurgia che, come il trapianto epatico, possono comportare intraoperatoriamente, o nei primi giorni postoperatori variazioni brusche ed importanti della volemia.

IL MONITORAGGIO INVASIVO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

Definizione P.A.:

Rappresenta la misura, espressa in mmHg, della forza che il contenuto ematico del sistema arterioso esercita sulle pareti delle arterie.

E' il risultato della pressione esercitata dal battito cardiaco e dalle resistenze al flusso.

A causa del carattere pulsatile del flusso ematico lungo il sistema arterioso, essa risulta avere 2 componenti: sistolica e diastolica.

La pressione sistolica, cioè il valore più alto, è correlato alla contrazione del ventricolo e alla gittata pulsatoria, mentre quella diastolica, il valore più basso, è correlata alla fase di rilassamento ventricolare e al rallentamento del flusso attraverso il sistema vascolare, ossia alla durata della diastole e al tono arteriolare.

I fattori principali che influenzano la pressione sistolica e diastolica sono la gittata cardiaca e le resistenze vascolari sistemiche. Tuttavia anche la frequenza cardiaca, il volume intravascolare e l'elasticità delle arterie influiscono sui valori sistolici e diastolici di pressione

Scopi:

Il monitoraggio invasivo della pressione arteriosa si propone di:

- Rilevare in continuo i valori di P.A., specie in quei pazienti in cui si prevede un possibile quadro di instabilità emodinamica.
- Studiare la curva pressoria ricavandone dati emodinamici che vanno al di là dei semplici valori pressori.
- Controllare l'efficacia e gli effetti collaterali di farmaci attivi principalmente, o secondariamente sul sistema cardiovascolare.

- Permettere attraverso una via d'accesso arteriosa semplice, non dolorosa e permanente, frequenti prelievi di sangue arterioso per determinazioni emogasanalitiche ed ematochimiche

Metodica:

Si basa sul posizionamento all'interno di una arteria periferica di un catetere che, connesso ad una linea arteriosa, consente di trasmettere i regimi pressori intravascolari ad un trasduttore locato lungo il sistema e collegato ad un monitor dove l'impulso elettrico verrà visualizzato in continuo come onda oscilloscopica e valore numerico digitale.

Materiali necessari:

- Occorrente per incannulamento dell'arteria radiale o altra arteria periferica e cioè:

- a) *catetere arterioso;*
- b) *guanti sterili;*
- c) *telini e garze sterili;*
- d) *antisettico;*
- e) *siringhe;*
- f) *anestetico locale;*
- g) *portaghi e filo di sutura in seta;*
- Kit sterile apposito completo di:

- a) *traduttore;*
- b) *sistema di lavaggio a 2 vie;*
- c) *vie di connessione;*
- d) *rubinetti a 3 vie.*
- Spremisacca
- Sacca di soluzione fisiologica
- Eparina
- Monitor modulare con schermo video

IL MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE

Significato della P.V.C.

La P.V.C. è la pressione del sangue all'interno delle grosse vene intratoraciche ovvero alla confluenza delle vene cave superiore ed inferiore in atrio destro. I valori normali variano da 8 a 10 cm. H₂O (vale a dire da 6 a 9 mmHg).

Il dato informa essenzialmente sul riempimento telediastolico (pre-carico) del ventricolo destro ed esprime la sua capacità di "smaltire" verso la piccola circolazione o circolazione polmonare la quantità di sangue refluo che gli arriva dalla periferia dell'organismo. La sua valutazione deve avvenire contestualmente ad altri parametri fisiologici come la diuresi e la pressione arteriosa (sistolica, diastolica e differenziale).

Essa può aumentare per eccessiva somministrazione di liquidi, per costrizione delle vene cave e spostamento di una maggiore quantità di sangue oppure per incapacità del cuore di espellere verso il circolo polmonare una quantità sufficiente di sangue o ad un aumento delle resistenze polmonari come avviene per pazienti connessi al ventilatore meccanico a pressione positiva continua o per malati con embolia polmonare.

Essa può *diminuire* per riduzione della massa sanguigna a seguito di emorragie e/o perdite di liquidi corporei di varia natura oppure per vasodilatazione venosa con riduzione del ritorno di sangue al cuore destro.

Infine più che il valore assoluto sono importanti le sue variazioni nel tempo a seguito del modificarsi dello stato del paziente, o a seguito delle terapie istituite.

Misurazione computerizzata

La rilevazione di questo parametro prevede l'introduzione di un catetere venoso centrale (C.V.C.) al quale collegare il sistema di misurazione. In un paziente critico, quale un malato trapiantato di fegato, ed in terapia intensiva, la tecnica utilizzata, diversa da quella manuale con astina cilindrica millimetrata (manometro ad acqua) mediante kit comprensivo di rubinetto a tre vie, deflussore e tubo di connessione al paziente, prevede un collegamento ad un

trasduttore di pressione, analogamente a ciò che succede per la pressione arteriosa con metodo cruento di cannulazione dell'arteria radiale, differenzandosene solo per quanto attiene la regolazione della scala del canale di registrazione prescelto; il trasduttore è a sua volta collegato ad un oscilloscopio che registra continuamente i valori i quali sono riportati sul monitor dal display digitalico.

LA MISURAZIONE DELLA PVC E' RESA INATTENDIBILE DA:

- Posizione non corretta del paziente
- Posizione non ottimale del CVC
- Ingincchiamento o ostruzione del catetere
- Identificazione imprecisa del punto 0
- Mantenimento di infusioni durante la misurazione
- Incremento della pressione intratoracica per mancata deconnessione del ventilatore automatico a pressione positiva continua

CATERISMO SECONDO SWAN-GANZ

Come accennato in alcuni casi si rende necessario il cateterismo dell'arteria polmonare mediante un *catetere a flottazione di palloncino*; il tradizionale catetere utilizzato è il *catetere di Swan-Ganz*, che nel trapianto di fegato viene già inserito nella fase intraoperatoria.

Si tratta di un catetere sterile, flessibile, lungo circa 120 cm., in Polivinilcloruro (P.V.C.), da 7 Fr. per adulti e da 5 Fr. pediatrico, fornito di 4 lumi e costituito, oltreché dal catetere vero e proprio da un trasduttore e da un sistema di *amplificazione e registrazione* che permette di misurare con estrema precisione:

1. Frequenza cardiaca (F.C.);
2. Pressione atrio destro;
3. Pressione atrio sinistro;

4. Pressione venosa centrale (P.V.C.);
5. Gittata cardiaca (C.O.);
6. Pressione in arteria polmonare (P.a.p.);
7. Pressione parziale di ossigeno nel sangue venoso misto (P.V.O₂);
8. Saturazione di ossigeno nel sangue venoso misto (S.V. O₂);

nonché di calcolare:

1. Resistenze vascolari polmonari e sistemiche;
2. Il lavoro dei due ventricoli;
3. La percentuale (%) di shunt;
4. Il consumo di ossigeno (V O₂).

I quattro lumi del catetere corrispondono a 4 canali:

1° canale: l'orifizio d'uscita, detto lume prossimale, è localizzato a circa 30 cm. dalla punta del catetere; dovrebbe collocarsi, se correttamente posizionato, in atrio destro. Può essere utilizzato per misurare in continuo la P.V.C., per infusioni intravenose, per prelievi di sangue venoso e per l'iniezione del bolo termico durante il calcolo della gittata cardiaca mediante tecnica di termodiluizione.

2° canale: l'orifizio d'uscita, detto lume distale, è localizzato sulla punta del catetere e si colloca in arteria polmonare. Permette il monitoraggio della pressione in arteria polmonare e può essere usato per prelevare campioni di sangue venoso misto per la misurazione della saturazione venosa mista di ossigeno e del consumo dello stesso.

3° canale: ospita sistema di raccordo tra P.C. e "termistore" localizzato a 3-4 cm. dalla punta del catetere; tale dispositivo consente di rilevare le differenze della temperatura del sangue e viene usato per la determinazione della gittata cardiaca (CO) tramite termodiluizione (cfr. successivamente "termodiluizione").

4° canale: l'orifizio d'uscita s'apre con un palloncino in lattice, localizzato all'estremità distale del catetere. Il palloncino può essere gonfiato con 0,8-1,5 ml. di aria utilizzando una semplice siringa raccordata all'apposita "valve inflation ballon". Il palloncino gonfiato durante il posizionamento guida il catetere stesso favorendo la progressione attraverso la cavità destra del cuore in arteria polmonare.

L'INFERMIERE E IL MONITORAGGIO EMODINAMICO INVASIVO

Per l'Infermiere al fine di assistere adeguatamente il malato e permettere la corretta esecuzione del monitoraggio invasivo è necessario conoscere:

TERMODILUIZIONE

Con tale tecnica viene iniettata una modesta quantità di liquido (5/10 ml.) freddo (0/3°C). Si tratta in genere di soluzione fisiologica o glucosata al 5% in siringhe conservate sotto ghiaccio iniettata velocemente (3 secondi con tecnica costante). Il "termistore" avverte la DT al passaggio del liquido freddo in arteria polmonare ed invia i dati al computer collegato che, tramite calcolo matematico, sul DT fornisce la GITTATA CARDIACA. La misurazione va ripetuta almeno 3 volte.

- Materiali presidi ed attrezzature necessarie;
- Tipi di catetere disponibili;
- Funzionamento delle apparecchiature;
- Parametri rilevati
- Funzionamento della linee arteriose e dei sistemi di lavaggio;
- Vantaggi/svantaggi dei siti arteriosi d'accesso più frequentemente utilizzati;
- Tecniche di cannulazione di arterie e vasi centrali;
- Norme igieniche e principali raccomandazioni per la prevenzione di infezioni;

- Possibili complicanze nell'applicazione delle procedure.

In particolare sarebbe auspicabile elaborare precisi protocolli operativi infermieristici scientificamente validati al fine di rendere tale tecnica di monitoraggio invasivo il più possibile scevra da rischi ed utile in funzione degli obiettivi prefissati.

ELENCO DELLE COMPLICANZE PIU' FREQUENTI DEL CATETERISMO DELL'ARTERIA POLMONARE:

- a) Ematomi;
- b) Emboli;
- c) Ischemie;
- d) Infezioni locali;
- e) Batteriemie;
- f) Emorragie;
- g) Disconnessioni accidentali lungo vari siti e raccordi del sistema;
- h) Erronea rilevazione o interpretazione dei dati

IL COLD SYSTEM

Per integrare i dati provenienti dal cateterismo dell'arteria polmonare con catetere di Swan-Ganz, prevalentemente presso metrici, dovrebbero essere misurati i volumi intra ed extra-vascolari.

Uno dei sistemi più utilizzati a tutt'oggi in terapia intensiva e frequentemente applicato ai trapiantati di fegato è il "COLD SYSTEM"

Questo sistema sfrutta la tecnica del "doppio indicatore": gli indicatori solitamente usati sono la temperatura ed un colorante, rappresentati, nella pratica clinica, da una soluzione *fredda di glucosio* al 5%, nella quale è disciolto il *verde di indocianina (ICG)*. Dopo che la soluzione è stata iniettata in una vena centrale, i segnali, termico ed ottico, possono essere rilevati da un termistore e da una fi-

bra ottica localizzati su un catetere posizionato in arteria femorale. L'analisi delle curve di diluizione degli indicatori consente la valutazione dei volumi in cui gli indicatori stessi si sono distribuiti. L'area sottesa alla curva dell'indicatore consente il calcolo della portata cardiaca.

Il sistema di monitoraggio emodinamico integrato COLD è in grado di misurare i volumi ematici intra ed extravascolare. In particolare, l'elemento essenziale del sistema è rappresentato da un catetere arterioso femorale da 4 Fr., dotato di fibra ottica e termistore, e quindi in grado di leggere i segnali ottico e colorimetrico. L'infusione degli indicatori può essere realizzata sia impiegando un catetere venoso centrale sia, in una configurazione più complessa del sistema, sfruttando un catetere arterioso polmonare.

Parametri monitorati con il sistema di monitoraggio emodinamico integrato COLD:

L'indicatore colorimetrico (ICG) si distribuisce esclusivamente nel settore intravascolare. Esso infatti, giunto nel flusso ematico, si lega completamente alle beta-lipoproteine e resta all'interno delle strutture vasali.

L'analisi della curva di diluizione del colorante e delle grandezze da essa derivate permette di determinare 2 grandezze:

> ITBV che corrisponde al volume di sangue contenuto nelle camere cardiache e nei vasi polmonari;

> PBV che corrisponde al volume di sangue contenuto nei vasi polmonari

L'indicatore termico (soluzione glucosata raffreddata) si distribuisce, oltre che agli spazi intravascolari, anche al liquido polmonare extravascolare (interstiziale). Anche qui l'analisi della curva di termodiluizione effettuata attraverso il termistore in arteria femorale, permette di rilevare altre 2 grandezze:

> ITTV che corrisponde al volume di liquidi contenuto negli spazi intravascolari cardiopolmonari e nell'interstizio polmonare

> PTV che corrisponde al volume di liquido polmonare intra ed extravascolare.

Dal confronto fra le grandezze suddette si ricavano ulteriori parametri come:

> GEDV che rappresenta il volume di sangue contenuto nelle camere cardiache e nei grossi vasi toracici a fine diastole (= ITTV - PTV)

> EVLW che rappresenta il volume di liquido interstiziale polmonare (= ITTV - ITBV)

Si può inoltre sottolineare che valutando, una volta avvenuto il mescolamento dell'indocianina con tutto il sangue (cioè dopo la fase di ricircolo), come la concentrazione di questa diminuisca, si ottiene un INDICE DI FUNZIONALITA' E DELLA PERFUSIONE EPATICA: infatti l'indocianina viene escreta esclusivamente ad opera del fegato nella bile, e quindi una clearance bassa sarà indice di una capacità escretoria compromessa o di una bassa perfusione epatica.

L'uso del sistema Cold si può differenziare sia in termini di invasività (poiché rende possibile il monitoraggio emodinamico senza dover ricorrere necessariamente ad un catetere in arteria polmonare, il cui posizionamento non è scevro da rischi) sia in termini di parametri misurati. In tal senso si distinguono 2 livelli di monitoraggio:

- Cardiopolmonare
- Tradizionale

Nel paziente sottoposto a trapianto di fegato è auspicabile attuare una combinazione dei livelli suddetti posizionando sia il catetere di Swan-Ganz (tradizionale, sia il catetere provvisto di fibra ottica e termistore in arteria femorale (cardio-polmonare).

IL SISTEMA PULSION PICCO

Il monitoraggio emodinamico invasivo consente l'acquisizione dei dati relativi alle funzioni cardio-respiratorie, ossiforetiche ed agli effetti della terapia attuata. E' altresì evidente che un quadro di marcata instabilità emodinamica, caratteristico di molti pazienti critici tra cui il trapiantato di fegato nei primi 3-4 giorni postoperatori, richiede la disponibilità del maggior numero di parametri possibile e che alcuni di questi possano essere misurati in continuo.

Il Sistema PULSION PICCO (il quale rappresenta una evoluzione del precedente PULSION COLD che, come detto, fornisce oltre alla determinazione della gittata cardiaca *battito per battito* anche la valutazione dei volumi intra ed extravascolari cardiopolmonari) determina la gittata cardiaca grazie ad un migliorato sistema che non richiede la presenza di un catetere in arteria polmonare. La valutazione in continuo della gittata cardiaca richiede una semplice calibrazione mediante una termodiluzione arteriosa: un bolo freddo di soluzione fisiologica o glucosata viene iniettato in una via venosa centrale mentre viene rilevata una curva di termodiluzione mediante un particolare catetere arterioso che permette anche il monitoraggio in continuo della P.A.

Pertanto il sistema Picco necessita di una misura iniziale di gittata cardiaca di riferimento come calibrazione; questa si realizza per mezzo di una termodiluzione arteriosa e necessita della presenza di una via venosa centrale recante un sensore per la misurazione della temperatura dell'iniettato e di un catetere arterioso provvisto di un secondo sensore per la valutazione della temperatura ematica. Questa termodiluzione arteriosa, che può essere ripetuta in qualsiasi momento del monitoraggio, permet-

te di ottenere, oltre alla gittata cardiaca, il volume globale di fine diastole (GEDV).

Autori:

Gaetano Romigi (Caposala Scuola per Infermieri ASL Roma "C"), Rossella Marchetti (Caposala Rianimazione Policl. "A. Gemelli" Roma).

bibliografia

Gentili, Nastasi, Rigon, Silvestri e Tanganelli, *Il paziente critico*, Ed. Ambrosiana, Milano, 1997.

Lamers-Abdella A. e Ulrich L., *Procedure infermieristiche in terapia intensiva*, Ed. Masson 1999.

Crescenti A. e Venturino M., *Manuale di anestesia e rianimazione per le scuole infermieri professionali*, Ed. Distribuzione System, Milano.

Rippe, *Trattato di terapia intensiva*, Ed. Utet, Torino 1998 1° vol.

Hoyt, Tonnensen, Allen, *Pratica di terapia intensiva*, Ed. Verducci, Roma, 1994.

AA.VV., *Manuale ACLS*, Ed. Masson 1995.

Atti del corso di emodinamica dell'Università degli Studi di Ancona del 28 febbraio 1998.

Dalla rivista "Scenario" n. 2/1996 "Assistenza infermieristica postoperatoria nei pazienti sottoposti a trapianto epatico" a cura di Fornasiero S., Montanari G. e Scarton L.

Dalla rivista "Sala Operatoria" n. 4/2000 "Piano di assistenza infermieristica post-operatoria a paziente sottoposto a trapianto ortotopico di fegato" a cura di Romigi G. e De Julils C.

Tesi D.U. per Infermieri Università di Tor Vergata - Roma a.a. 1999/2000 "Assistenza infermieristica postoperatoria al paziente sottoposto a trapianto di fegato" di Carriuolo F. (relatori prof. Tisone G. e Romigi G.).

Un infermiere verso la santità

La figura di Padre Luigi Monti ricordata con un seminario al Santo Spirito

Lui stesso amava definirsi amico e servo degli infermi. Tanto che la sua figura, la sua storia personale e il suo esempio costituiscono oggi un riferimento fondamentale per ogni infermiere.

E' infatti nella vita e nelle opere di Padre Luigi Monti, già Venerabile e prossimo Santo della Chiesa Cattolica, che si coglie il senso profondo della "missione" infermieristica, l'impegno filantropico e generoso di un mestiere divenuto ormai una vera professione intellettuale, fondamentale e strategica nei processi assistenziali e, più in generale, nel miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

Ecco che il seminario di studio organizzato l'8 maggio scorso a Roma, presso la Sala Lancisi dell'ospedale Santo Spirito, dalla Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione e intitolato "Il Venerabile Luigi Maria Monti, verso la santità accanto all'uomo che soffre" ha offerto un interessante e assai pregnante spunto di riflessione sulla professione infermieristica, la sua storia e la sua attualità.



Alla presenza del Cardinale José Saraiva Martins, Prefetto della Congregazione per le cause dei Santi e di Padre Aurelio Mozzetta, Superiore generale della Congregazione, studiosi e biografi di Padre Luigi Monti hanno tracciato le principali caratteristiche umane e filosofiche del futuro Santo, sottolineandone l'approccio originale e umanista alla causa dei malati, alla loro sofferenza, a quella delle loro famiglie.

Una figura, quella di Padre Luigi Monti, che ancora oggi, a distanza di oltre un secolo dalla sua morte, costituisce un riferimento essenziale, sul piano intellettuale come su quello pratico, per il lavoro svolto quotidianamente dagli infermieri nella loro qualità di primo interfaccia tra la persona malata e la sanità, pubblica o privata che sia.

Scrive di lui Padre Luigi Zamperetti presentando il libro di Gianni Cristofari "Luigi Maria Monti, l'amico e servo degli infermi": E' un insegnamento di vita permeata d'amore per i fratelli che egli lascerà per testamento ai suoi figli spirituali. Un testamento d'amore così come la sua vita era stata tutto un atto d'amore, discreto, ripieno di carità e di sofferenza. Ci ha insegnato che si può servire Dio in ogni atto della nostra vita, compreso anche l'ultimo, quello della morte.

Colui che presto sarebbe stato definito "l'infermiere di Dio" nasce in una modesta casa di Bovisio, piccolo centro agricolo della Brianza, il 25 luglio del 1825. Ottavo di undici figli, il giovane Luigi Maria cresce tra le mura della casa paterna e la vicina canonica. Ed è proprio negli anni della giovinezza che il futuro fondatore della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione avverte la profonda convinzione di essere venuto al mondo per servire gli altri, in particolare chi soffre. Ecco che agli esordi lavorativi come contadino, accanto al padre, e come ebanista in una piccola bottega di Cesano Maderno, segue presto il suo straordinario impegno di apostolo della carità.

Luigi Maria Monti dà vita al suo apostolato fra i giovani e gli orfanelli di Saronno. Gli anni seguenti lo vedono nei panni di infermiere in prima linea a testimoniare l'amore a servizio della sofferenza altrui. Si trasferisce a Brescia, dove si fa religioso nella Congregazione dei Figli di Maria. Qui, nell'estate del 1885, in piena epidemia di colera, Padre Monti opera tra i malati con lo spirito, la forza e l'energia proprie di un Santo.

Dal lazaretto bresciano, si trasferisce a Roma dove intende fondare una nuova congregazione di fratelli ospitalieri. Ed è proprio qui, in quello che all'epoca era il più grande ospedale d'Europa, il Santo Spirito, che Padre Monti stabilisce il suo quartier generale. Cu-

rate e sanate i corpi dei fratelli – usa ripetere ai suoi collaboratori – fatelo con scrupolosa professionalità. Ma se non lo fate con carità ed amore, con autentico spirito di servizio, sarete soltanto alla metà dell'opera. Luigi Maria Monti muore il 1 ottobre del 1900 all'età di 75 anni, in gran parte dedicati alla cura degli infermi e dei derelitti.

La sua congregazione gestisce e promuove oggi luoghi di cura e di educazione in tutto il mondo, sette dei quali nel Lazio, fra cui il prestigioso Istituto Dermatologico dell'Immacolata di Roma.

L'eredità spirituale lasciata da Padre Monti è enorme e quanto mai attuale. Il suo esempio è profetico, il suo messaggio e le sue opere precorrono i tempi di quasi un secolo. La sanità nel territorio, l'assistenza domiciliare, la cura degli anziani, il volontariato, la prevenzione e la riabilitazione furono questioni che Padre Monti affrontò più di cent'anni fa, indicando un principio attualissimo e non ancora pienamente realizzato come quello dell'umanizzazione della sanità. La sua opera è pervasa dalla tecnica infermieristica, ma è soprattutto espressione tangibile del suo amore verso i sofferenti.

Nel prossimo mese di novembre si concluderà il processo di canonizzazione di Padre Luigi Monti. Sarà dunque Santo, il Santo degli orfani, dei malati, degli infermieri. Sarà il nostro santo.

in pillole

Radiazioni, il gene della resistenza

Un gruppo di ricercatori della Louisiana State University (Usa) ritiene di aver scoperto il gene responsabile della resistenza alle radiazioni.

Il gene in questione è stato scoperto nel batterio *Deinococcus radiodurans*. Lo studio messo a punto dai ricercatori di Saint Louise dimostra che il gene conferisce una straordinaria invulnerabilità al bat-

terio, che riesce così a sopravvivere a dosi 1.500 volte maggiori di quella letale per un uomo. L'effetto del gene si è rivelato utile anche per il controllo dei sistemi di autoriparazione del Dna.

Un'eroina contro la SARS

La Cina consacra l'infermiera uccisa dalla polmonite atipica Ye Xin insignita del titolo di «Guardiano della salute del popolo»

La sua è una storia dal finale tragico. E' però capace di lasciare un segno positivo. Indelebile. Quello del connubio tra altruismo e volontà che alimenta la nostra professione e che ci dà fiducia al cospetto della nuova emergenza sanitaria rappresentata dalla Sars.

Per questo la storia di Ye Xin non potrà essere dimenticata. Lei, giovane caposala della Maternità di Guangdong, tra le prime città della Cina ad essere colpite dal virus della polmonite atipica, ha assistito decine di pazienti infetti pur con le poche e inefficaci misure di protezione disponibili.

Con lei anche un medico, Deng Lianxian della Clinica 3 dell'università di Zhongshan, e Fan Xinde, autista di ambulanza. Insieme, hanno sfidato l'insidia virulenta della Sars ed hanno perso. Sono morti quando ancora, ufficialmente, l'epidemia non esisteva per il perdurante rifiuto delle autorità cinesi di riconoscere l'evidenza dei fatti.

Ye Xin conosceva bene il rischio che correva. Assistere i contagiati dal virus è stata una scelta consapevole e determinata. Fino all'estrema conseguenza. E nei suoi ultimi giorni di vita, la giovane infermiera ci-

nese ha ripetuto ai colleghi che avrebbe rifatto la stessa scelta e che non provava rimpianto.

Ora Ye Xin, come pure Deng Lianxian e Fan Xinde, è una "Guardiana della salute del popolo", un'onorificenza che per la Cina equivale alla consacrazione di un'eroina nazionale. E' stata il vicepremier Wu Yi, la "zarina" chiamata dal capo del Governo Wen Jiabao a fronteggiare l'emergenza Sars dopo la rimozione del ministro della sanità, a conferirle solennemente il titolo di "Guardiana della salute del popolo". Purtroppo alla memoria.

E' una storia simbolica e toccante, buona per rappresentarne tante altre in cui infermieri di mezzo mondo fronteggiano con coraggio e consapevolezza la minaccia della polmonite atipica. E di tante altre patologie infettive. Sempre in prima linea, come la professione stessa impone.

Grazie Ye Xin per il tuo esempio. Per il tuo insegnamento.

Gli infermieri non sono degli eroi votati al sacrificio. Piuttosto adorano la vita in tutte le sue espressioni e la difendono. Accade però che quando sono chiamati a gesti di grande coraggio, nel nome della salute pubblica, gli infermieri sono capaci di vestire i panni dell'eroe. Come capita a poche altre professioni. Ecco perché la storia di Ye Xin ci addolora e, al contempo, ci inorgoglisce.



linea
diretta
con il
presidente

Come forse era prevedibile, la lettera di alcuni colleghi e la relativa risposta pubblicate in questa rubrica dal precedente numero di "Infermiere Oggi" hanno generato una discussione accesa sull'equipollenza dei titoli di studio e sui loro risvolti operativi. I colleghi in questione sostenevano che l'equiparazione ai fini della carriera tra il vecchio diploma per infermieri e la nuova laurea fosse «uno schiaffo corporativo ai sacrifici sostenuti in ambito universitario». Aggiungendo: «E allora, perché istituire la laurea di infermiere se alla fine sono tutti uguali?». La mia risposta l'ho data subito, in calce alla lettera pubblicata. E credo di averla articolata compiutamente, argomentandola. Perciò non la ripropongo. Voglio piuttosto utilizzare questo spazio per confrontare le mie risposte con le vostre. La presa di posizione contro l'equipollenza e contro il Collegio che l'ha sostenuta e promossa ha indotto diversi colleghi a prendere posizione a loro volta. Lo hanno fatto con lettere ed e-mail dal contenuto simile, tutte di solidarietà alla linea espressa dai Collegi e dalla Federazione Ipasvi.

Eccone una rappresentativa, in versione non integrale solo per motivi di spazio.

(...) Pensate che i corsi regionali abbiano sfornato allegri e facili diplomati? Se di ciò siete convinti vorremmo sapere perché per sei giorni alla settimana, per una durata di tre anni, eravamo obbligati a presentarci alle 7 della mattina in aula didattica o in

corsia, quando non si faceva sia l'una che l'altra nella stessa giornata. Nessuno nega i vostri sacrifici. Rispettate i nostri.

Da una parte accusate l'Ipasvi e i suoi dirigenti di aver dato uno schiaffo corporativo ai sacrifici che avete sostenuto (ma siete stati obbligati a intraprendere questa professione?), dall'altra affermate che l'equiparazione tra nuovo e vecchio ordinamento è un vero mostro giuridico. Ci domandiamo: chi fa del corporativismo? (...) Ci conforta notare che dinanzi ad un manipolo di presuntuosi, dalle università si formano eccellenti colleghi, i quali si confrontano quotidianamente con le vecchie generazioni di infermieri professionali, e tale confronto ci arricchisce entrambi senza che alcuno si senta infermiere di serie A o B.

Sono un'infermiera della provincia di Roma e mi chiedo come sia stato possibile permettere che tutti i nostri corsi Ecm fossero a pagamento.

Visto e considerato che i nostri stipendi sono da fame e che molti di noi, con quello stesso stipendio, devono portare avanti anche una famiglia.

Sin dall'istituzione dei corsi Ecm abbiamo posto con forza il problema dei costi. Lo abbiamo fatto sia con il Ministero della Salute sia con il Governo. Restiamo convinti che l'aggiornamento continuo debba essere inteso come un'opportunità e non come un puro obbligo. Per questo chiediamo a

gran voce di affrontare il nodo dei costi che non possono ricadere esclusivamente sugli infermieri. E non è il solo problema. C'è anche quello dei congedi e dei permessi. Si tratta di questioni cruciali, sui cui il Collegio e la stessa Federazione stanno proponendo un'azione di forza comune, a tutti i livelli possibili. Abbiamo chiesto formalmente al Ministero di individuare forme di finanziamento ad hoc per allestire i corsi destinati agli operatori sanitari. A livello regionale, abbiamo chiesto l'inserimento di vincoli di bilancio da riservare alle Asl per finanziare l'aggiornamento del personale.

Reclamiamo inoltre l'attivazione dei Piani formativi aziendali. La quasi totalità degli infermieri è costituita da lavoratori dipendenti ed è quindi giocoforza spingere molto sull'attivazione dei Piani formativi aziendali in tutte le strutture di cura. Le Aziende stesse devono diventare promotrici dei corsi Ecm. I vantaggi sarebbero notevoli; a cominciare dalla scelta di corsi mirati alle esigenze specifiche di ogni Asl, a seconda delle professionalità coinvolte. E poi un Piano formativo aziendale ha normalmente costi limitati, sfrutta strutture e risorse umane già presenti in azienda, per l'insegnamento può utilizzare personale interno. L'Ecm potrebbe davvero migliorare il servizio reso ai cittadini, evitando al personale di doversi trasferire altrove, con spostamenti e costi onerosi. Più agevole sarebbe la soluzione del problema del tempo, con corsi svolti in orario di lavoro. Sono convinto che una Ecm così organizzata sarebbe percepita correttamente dal professionista, non più come una semplice rincorsa ai crediti formativi, ma un traguardo personale e professionale da cogliere costantemente.

E poi c'è formazione a distanza, ancora tutta da sfruttare. La possibilità di allestire un programma di largo accesso attraverso videoconferenze e supporti informatici riduce di molto i costi e amplia l'offerta formativa a un numero di professionisti molto più ampio. Gli sforzi compiuti in questa direzione stanno per cogliere i primi frutti e la fase sperimentale dovrebbe iniziare nei

prossimi mesi, come pure quella per l'accreditamento dei provider. Il ruolo del Collegio nell'Ecm non è quello del provider per la formazione continua. Deve essere sempre il controllore dei provider istituzionali, il garante del loro funzionamento, del livello scientifico e professionale dei corsi. Oggi i Collegi stanno organizzando i corsi Ecm anche per sopperire a questa grave carenza. Ma in prospettiva non potrà più essere così. I Collegi diverranno necessariamente i controllori e i certificatori dei corsi approntati da altri enti e saranno provider per argomenti di legislazione, di etica e di deontologia.

Ho 45 anni e sono un insegnante di Educazione fisica che, per ragioni familiari pregresse, non ha potuto svolgere la professione per cui ha studiato.

Solo quest'anno mi sono orientato verso la professione infermieristica. So che devo affrontare un corso di laurea triennale, ma ciò non mi spaventa. Mi spinge invece l'aspetto gratificante di una professione che sia di supporto a chi soffre.

Pensate che la mia non più verde età sia un elemento pregiudizievole per questo mio progetto? Potete darmi qualche consiglio circa la sede universitaria più idonea?

Un'infermiere di mezz'età. E perché no? Non vedo alcun "elemento pregiudizievole" in questo. Avverto invece una scelta sentita e ponderata. La nostra professione ha una caratteristica: deve essere sentita in profondità. No, non è una missione, ma neppure una professione normale, scontata. Tutt'altro. Mi pare di capire che, in questo caso, la scelta sia ben motivata. L'età non conta.

In quanto all'università più idonea, ogni facoltà di Medicina e Chirurgia che ha corsi di laurea in Infermieristica va benissimo; sono tutte di buon livello. A Roma ce ne sono quattro, con varie sedi. Sul nostro sito Internet (www.ipasvi.roma.it) sono disponibili l'elenco e i recapiti.

Auguroni.

Definizione delle responsabilità correlate ai processi assistenziali nel Politrauma in un Dipartimento di Emergenza Accettazione pediatrico di II livello

I.P.: R. Somma, T. Satta, L. Tosolini, T. Serani, M. Villani, L. Cirulli, C. Barberini

Il paziente con malattia da politrauma è quel paziente che “presenta due o più lesioni, periferiche o viscerali, associate a compressione della funzionalità respiratoria e/o cardiocircolatoria”: già dalla definizione classica del politraumatizzato si evince con chiarezza la criticità del quadro patologico.

L’obiettivo deve essere quello di ridurre la mortalità e di limitare i danni secondari, bisogna garantire il più precocemente possibile, una buona perfusione del cervello e degli altri parenchimi nobili, attraverso tre condizioni fondamentali:

- Un team formato da persone con professionalità diverse con pari dignità e con un unico obiettivo;
- L’applicazione rigorosa di protocolli assistenziali (questi ultimi sono suscettibili di variazioni);
- Golden hour: tempestività dell’intervento.

Il team dell’emergenza garantirà l’ottimizzazione di questi tre elementi soltanto se al suo interno operano infermieri altamente motivati e pienamente consapevoli delle responsabilità relative al loro ruolo, nell’attuare i protocolli di gestione del traumatizzato grave.

La preparazione alla gestione di un paziente traumatizzato avviene in due momenti diversi:

- Fase preospedaliera
- Fase intraospedaliera

FASE PREOSPEDALIERA

Il sistema di soccorso preospedaliero, deve essere progettato in modo da informare l’ospedale che riceverà il paziente traumatizzato prima che il personale di soccorso trasporti il paziente dalla scena dell’incidente. È l’infermiere del Triage che riceve la richiesta di soccorso, informa il medico dell’Unità Operativa della Rianimazione provvedendo ad allertare la diagnostica radiologica, la TAC, il centro trasfusionale, la sala operatoria, al fine di rendere disponibile la possibilità chirurgica immediata, laddove se ne riscontri la necessità.

La possibilità di organizzare e predisporre il funzionamento della macchina ospedaliera ha un impatto rilevante soprattutto in funzione dell’ottimizzazione dei tempi del soccorso.

Nella fase preospedaliera, il personale medico ed infermieristico, valutano:

1. lo stato di coscienza mediante “**AVPU**”:
A: (Alert) Attento, sveglio
V: (Verbal) risponde alla Voce
P: (Pain) Percepisce solo il dolore
U: (Unresponsive) nUn risponde al dolore
2. il mantenimento delle vie aeree;
3. il controllo delle emorragie esterne e dello shock;
4. l’immobilizzazione del paziente ed il trasporto immediato all’ospedale appropriato più vicino.

L'uso di protocolli di trattamento preospedaliero, facilitano e migliorano il trattamento iniziato sul campo.

Nel nostro Istituto, queste sono le condizioni che permettono il trattamento del paziente traumatizzato direttamente dal personale dell'Unità Operativa di Rianimazione. Qualora l'arrivo del paziente traumatizzato non è preceduto da preavviso e non è disponibile il posto letto in Rianimazione, l'assistenza è affidata all'équipe sanitaria dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso, in una delle sale di trattamento predisposte all'emergenza.

FASE INTRAOSPEDALIERA

Il paziente politraumatizzato è accolto nel nostro DEA da un'équipe medico-infermieristica.

È competenza infermieristica il controllo e la predisposizione di tutto il materiale necessario all'emergenza: preparazione del materiale per IOT, preparazione dei farmaci d'urgenza, farmaci inotropi e farmaci sedativi, sondino gastrico e catetere vescicale di calibro adeguato all'età del paziente, materiale per posizionamento di accessi venosi, controllo del funzionamento dell'erogazione di ossigeno, aspirazione e funzionamento del monitor.

Questa fase riveste un ruolo prioritario in termini di responsabilità. I presidi impiegati in questa fase non sono numerosi e non presentano un elevato livello di complessità, ma devono essere controllati verificandone la completa e pronta disponibilità, poiché un mancato funzionamento di questi, va ad incidere negativamente sul tempo della golden hour.

Al momento dell'ingresso del paziente, l'infermiere di Triage esegue la valutazione primaria, mirata ad individuare elementi indicativi per criticità vitale, eseguendo ABCDE dell'assistenza:

- **A (Airway):** mantenimento delle vie aeree con protezione della colonna cervicale;
- **B (Breathing):** identificazione e trattamento delle cause di alterata ventilazione;
- **C (Circulation):** verifica e sostegno della circolazione;

- **D (Disability):** valutazione del quadro neurologico con la Glasgow Coma Scale (GCS);

- **E (Exposure):** esposizione di torace, addome e arti allo scopo di verificare la presenza di lesioni traumatiche gravi, eventuali emorragie in atto e la temperatura corporea.

Prima del passaggio del paziente dalla barella al letto di trattamento, il personale infermieristico esegue una rapida valutazione dell'immobilizzazione, con particolare riguardo al rachide cervicale: eventuale assenza o malposizionamento di collare cervicale deve essere corretta. Il trasferimento del paziente su asse spinale avviene mediante barella a cucchiaio.

A. AIRWAY, mantenimento delle vie aeree con protezione della colonna cervicale

Il personale infermieristico valuta la pervietà delle vie aeree, tramite la ricerca di corpi estranei che possono causare ostruzione delle vie aeree. Le manovre necessarie a mantenere tale pervietà devono essere messe in atto proteggendo la colonna cervicale. Inizialmente sono raccomandate le manovre di sollevamento del mento (chin lift) o la spinta sulla mandibola (jaw trust) per assolvere questo scopo. E' posizionata una cannula naso/orofaringea, con eventuale aspirazione del cavo orale e del faringe per la rimozione di eventuale ingombro.

La testa ed il collo non devono essere iperestesi, iperflessi o ruotati. Deve essere pertanto realizzata e mantenuta un'efficiente protezione del midollo spinale del paziente mediante appropriati strumenti di immobilizzazione (Ked).

Gli stabilizzatori utilizzati per proteggere il midollo spinale devono essere lasciati in sede fino a che non può essere esclusa una lesione della colonna cervicale.

B. BREATHING, respiro e ventilazione

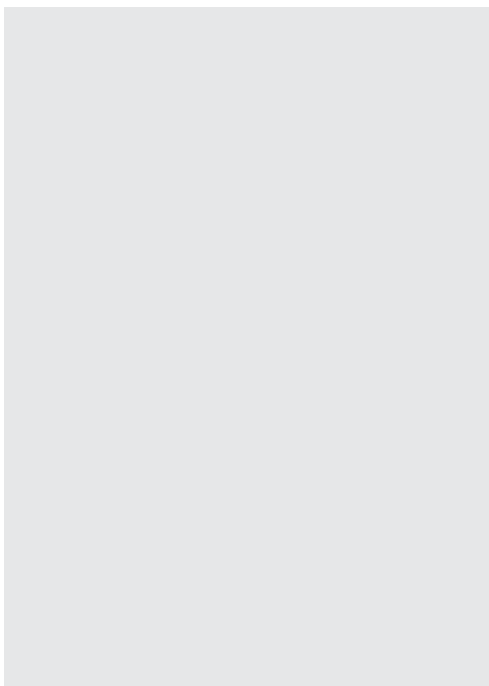
L'infermiere valuta e garantisce l'attività respiratoria mediante erogazione di ossigeno ad alte percentuali. È monitorizzata

la frequenza respiratoria e la saturazione dell'ossigeno che forniscono un quadro iniziale completo, in grado di rilevare i quadri clinici più minacciosi come l'arresto respiratorio, il pneumotorace o la presenza di evidenti traumi della gabbia toracica. In caso di arresto respiratorio, gasping o ipoventilazione l'infermiere deve essere in grado di instaurare una ventilazione artificiale manuale con sistema pallone, maschera e valvola geometrica. Il controllo definitivo delle vie aeree nei pazienti in stato di incoscienza e che hanno problemi respiratori, va ottenuta attraverso intubazione endotracheale per via nasale od orale.

L'infermiere collabora con il medico rianimatore durante le manovre di intubazione, durante il fissaggio e la verifica del corretto posizionamento del tubo endotracheale, rendendo disponibile l'aspirazione.

C. CIRCULATION, circolazione con controllo dell'emorragia

Altra funzione vitale da presidiare è quella cardiocircolatoria, l'infermiere monitorizza la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca ed esegue il tracciato elettrocardiografico.



L'emorragia è la principale causa di decessi da trauma. L'ipotensione conseguente ad una lesione deve essere considerata ipovolemica fino a che non è provato il contrario. È pertanto essenziale una valutazione rapida ed accurata dello stato emodinamico del paziente. Gli elementi della clinica, che forniscono informazioni importanti in pochi secondi, sono lo stato di coscienza (sangue circolante ridotto → perfusione cerebrale alterata → alterato livello di coscienza), il colore della cute (facies grigia e cinerea ed il pallore biancastro delle estremità) ed il polso (rapido, stentoreo è generalmente segno d'ipovolemia).

L'infermiere assicura l'infusione trovando due accessi venosi di grosso calibro e/o verifica l'efficienza di quelli reperiti dall'équipe di soccorso. L'accesso venoso da preferire è quello periferico negli arti superiori. Posizionata la linea venosa, si eseguono gli esami ematologici di base, EGA, un campione di sangue per la determinazione del gruppo e le prove crociate. La somministrazione di liquidi per via endovenosa va iniziata con una soluzione salina bilanciata. Il Ringer lattato è la soluzione di cristalloidi da preferire inizialmente e va somministrata rapidamente. Tutte le soluzioni per uso endovenoso devono essere riscaldate mediante dispositivi per il riscaldamento di liquidi. È competenza infermieristica il controllo della disponibilità e validità delle soluzioni infusionali utilizzabili in emergenza.

D DISABILITY, valutazione quadro neurologico

L'infermiere esegue una prima valutazione neurologica del paziente, che consiste nello stabilire se il soggetto è cosciente o incosciente. Nel primo caso la valutazione neurologica è facilitata poiché l'interazione avviene direttamente con il paziente ponendo semplici domande (come si chiama, quando è nato, che giorno è). Qualora lo stato di coscienza sia alterato, il personale infermieristico procede ad una valutazione neurologica del paziente mediante Glasgow Coma Scale (GCS). La scala di Glasgow permette di valutare e assegnare un punteggio da 3 a 15 come somma di 3 parametri: apertura occhi (tra 1 e 4), rispo-

sta verbale (tra 1 e 5), risposta motoria (tra 1 e 6); il punteggio si riduce con l'aumentare della gravità.

Il punteggio sarà confrontato con quello riscontrato dall'équipe di soccorso, se disponibile e comunque questa valutazione sarà quella iniziale di riferimento. La valutazione neurologica include l'esame dei riflessi e del diametro pupillare con particolare attenzione alla rilevazione della midriasi o dell'anisocoria quali segni di impegno del tronco cerebrale. Tali alterazioni sono rilevate dallo staff medico di emergenza.

Il ruolo infermieristico nella valutazione dello status neurologico consiste nel controllo, nel paziente non sedato, di un adeguato livello di coscienza. Tale aspetto è documentato anche nella consegna infermieristica. L'infermiere deve conoscere con esattezza i tempi ed eventuali schemi di analogosedazione per validare ciò che è stato rilevato.

Durante la permanenza in sala d'emergenza, l'infermiere esegue una nuova valutazione neurologica sospendendo, momentaneamente, la sedazione soprattutto nei pazienti con trauma cranico associato.

E. EXPOSURE, esposizione e controllo ambientale

Il paziente deve essere svestito completamente, per consentire un'esplorazione completa ed una valutazione agevole. Dopo il completamento della valutazione, l'infermiere copre il paziente con coperte termiche o sistemi di riscaldamento esterno atti a prevenire l'ipotermia, complicanza potenzialmente letale nel paziente traumatizzato. Il metodo più corretto per la rilevazione della TC è il monitoraggio della temperatura interna: timpanica o rettale.

L'infermiere provvederà al posizionamento del sondino gastrico, indicato per ridurre la distensione gastrica e diminuire il rischio di inalazione. Il monitoraggio emodinamico si completa con l'inserimento di un catetere vescicale. La diuresi è un indicatore dello stato volêmico del paziente e riflette la perfusione renale (nel bambino di età superiore ad un anno è adeguata una diuresi superiore ad 1 ml/kg/ora). Il cateterismo è controindicato nei pazienti in

cui si sospetti una lesione dell'uretra che si manifesta con la presenza di: sangue al meato uretrale, ecchimosi perineali, ematomi dello scroto, fratture del bacino. L'integrità dell'uretra deve essere confermata mediante un'uretrografia retrograda prima di inserire il catetere.

È eseguito, poi, un esame più approfondito testa-piedi del paziente con eventuale sutura e medicazione delle ferite (profilassi antitetanica) ed è necessario minimizzare movimenti e spostamenti del paziente.

1 Capo

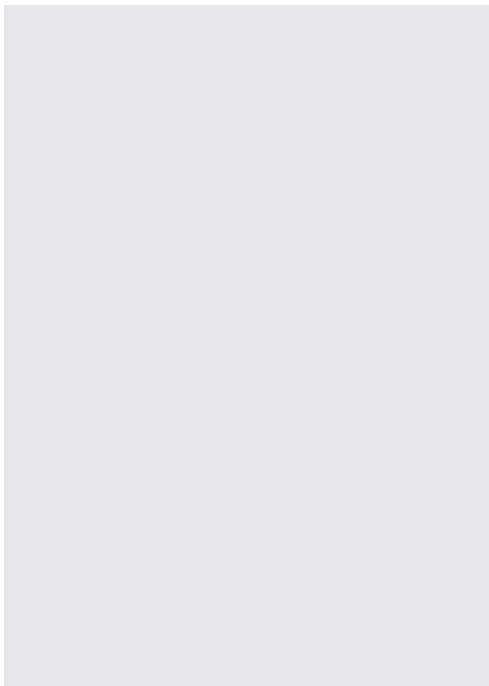
L'intero cuoio capelluto e tutto il capo devono essere esaminati alla ricerca di lacerazioni, contusioni e segni di frattura

2 Massiccio facciale

I traumi del massiccio facciale che non siano stati associati ad ostruzione delle vie aeree o a sanguinamenti importanti devono essere trattati soltanto dopo che il paziente sia stato completamente stabile e tutte le lesioni pericolose per la vita siano state trattate.

3 Colonna cervicale e collo

Nei pazienti con trauma cranico o del massiccio facciale deve essere presunta la



presenza di una lesione instabile della colonna cervicale (frattura e/o lesione legamentosa) ed il collo va immobilizzato finché non siano stati studiati adeguatamente tutti gli aspetti della colonna cervicale e non sia stata esclusa ogni lesione. L'esame del collo include ispezione, palpazione ed auscultazione. Il riscontro di un sanguinamento arterioso o di un ematoma espansivo o di una compromissione delle vie aeree, generalmente richiede una valutazione chirurgica mediante intervento chirurgico.

4 Torace

Una valutazione completa della parete toracica richiede la palpazione accurata di tutta la gabbia toracica, includendo clavicole, sterno e scapole. Le contusioni e gli ematomi della parete toracica devono far pensare alla possibilità di lesioni interne.

La valutazione deve includere l'auscultazione ed una radiografia del torace, la quale conferma la presenza di emotorace o pneumotorace

5 Addome

Le lesioni addominali devono essere identificate e trattate in maniera aggressiva. Un esame iniziale dell'addome nella

norma non esclude la presenza di una lesione endoaddominale significativa. Un'attenta osservazione e frequenti esami ripetuti dell'addome, sono importanti nel trattamento dei traumi chiusi. Con il passare del tempo i segni addominali del paziente possono cambiare. È essenziale coinvolgere precocemente un chirurgo.

6 Apparato muscolo-scheletrico

Le estremità vanno ispezionate per ricercare contusioni o deformazioni. La palpazione delle ossa e la ricerca di dolorabilità o di movimenti anomali aiuta ad identificare fratture occulte.

Le fratture del bacino possono essere identificate per la presenza di ecchimosi al di sopra delle ali iliache, del pube, delle grandi labbra o dello scroto.

Frattura della colonna toracica e lombare e/o lesioni neurologiche devono essere prese in considerazione sulla base dei riscontri clinici e del meccanismo del trauma.

Il paziente traumatizzato con presenza di fratture scheletriche che non compromettono l'emodinamica in maniera importante (es. le gravi fratture del bacino) sono trattate definitivamente in un secondo momento, dopo stabilizzazione, con fissatori esterni o con trazioni transcheletriche. Le priorità assistenziali riguardano le asepsi delle ferite nel caso di fratture esposte per non compromettere il tessuto osteoarticolare e muscolare, e la corretta gestione degli eventuali apparecchi applicati al paziente.

Attenzione va posta al controllo del dolore mediante diversi presidi che vanno dall'attuazione di blocchi locoregionali con anestetici locali all'impiego in infusione continua di oppiacei (morfini, meperidina).

Il controllo e l'impiego differenziato dei diversi sistemi infusionali sono particolarmente delicati. Si tratta di infusione continua per il mantenimento dei blocchi nervosi, di anestetici locali che se erroneamente somministrati, nei presidi infusionali endovenosi, determinano un livello di neurotossicità e cardiotossicità.

La sedazione del dolore costituisce un aspetto importante del trattamento del paziente traumatizzato. Un'analgesia efficace richiede solitamente l'uso di narcotici. Questi farmaci devono essere somministrati in dosi minime per ottenere l'effetto de-

siderato di riduzione del dolore, evitando la depressione respiratoria.

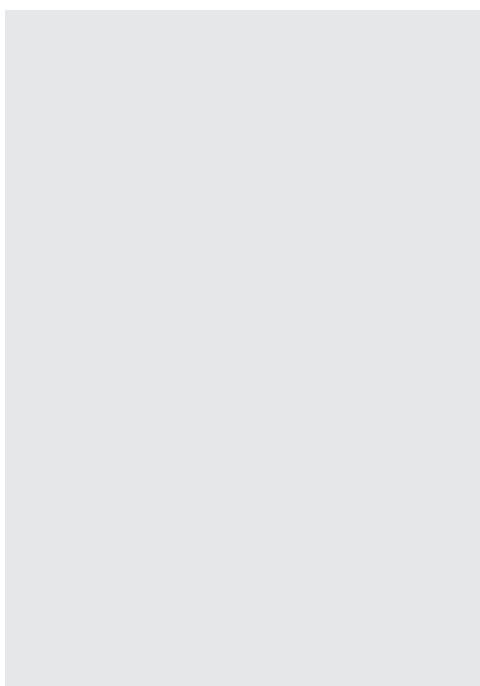
Quando i parametri vitali sono ormai stabili e le condizioni del paziente lo consentono si procede ad una prima valutazione diagnostica per immagini, mediante:

- Rx rachide cervicale
- Rx torace
- Rx bacino
- Eco addome
- TAC cerebrale e/o total body

Gli esami hanno lo scopo di ottenere una prima informazione sull'integrità del rachide cervicale, sull'eventuale presenza di contusioni polmonari o conferma di un pneumotorace, lesioni di grossi vasi intratoracici, emorragie addominali da rottura di organi parenchimali o da lesioni vascolari, verificare l'integrità della pelvi e bacino.

È competenza infermieristica la preparazione del paziente al fine da rendere più rapida l'esecuzione dei radiogrammi, il paziente deve spostarsi con tutto ciò che può essere necessario per sostenere le funzioni vitali. È collegato ad un monitor dotato di traccia elettrocardiografica, PA rilevata non metodo NIBP, SaO₂. L'assistenza respiratoria al paziente intubato è garantita dall'utilizzo dell'Ambu, è necessario il controllo delle atmosfere della bombola O₂ (minimo 50 atm) ed in sala radiografica è importante valutare la presenza di una fonte di O₂ e un aspiratore centralizzato funzionante.

Quando viene meno il livello di coscienza (sedazione profonda, coma) il monitoraggio deve essere costante, perché durante gli spostamenti, per fenomeni vagali o altre dinamiche, si potrebbe andare incontro a bradicardie estreme esitanti in arresto cardiocircolatorio non diagnosticato all'esordio. Gli spostamenti intraospedalieri non sempre sono agevoli, con elevato rischio di eventi maggiori intercorrenti durante il trasporto, che saranno gestiti in posti disagiati (ascensore, corridoio), con ridotto numero di operatori. Solo la pronta disponibilità di monitoraggio multipara-



metrico e presidi di emergenza durante il trasporto (borse e zaini adeguatamente attrezzati), garantiranno lo standard qualitativo di sicurezza.

Una volta concluso l'iter del paziente, uno degli infermieri si occuperà di ricondurre tutto il materiale, utilizzando le check list presenti su ogni carrello, reintegrando il materiale usato.

Al termine dell'iter diagnostico, il paziente traumatizzato, è ricoverato presso l'Unità Operativa di Rianimazione. Viene connesso al Ventilatore Artificiale Meccanico (VAM), due aspetti fondamentali sono controllati dall'infermiere: presenza di secrezioni nel tubo endotracheale (che devono essere aspirate con procedura asettica) e raccolta di condensa nel circuito esterno del ventilatore. Sono monitorizzati i parametri vitali (FC, FR, PA, SAO₂, temperatura), è posizionato un accesso venoso centrale mediante il quale è possibile monitorare la pressione venosa centrale (PVC), sono ripetuti gli esami ematochimici ed EGA, è incannulata un'arteria, solitamente la radiale, per la registrazione della PA cruenta.

Nella nostra UO di Rianimazione, per la monitoraggio del profilo emodinamico del paziente in continuo, è utilizzato il sistema "PICCO", il quale consente di moni-

torare i seguenti parametri: gittata cardiaca, pressione arteriosa sistolica, PA diastolica, PA media, FC, stroke volume, resistenze vascolari sistemiche, indice contrattilità ventricolo sinistro. Attraverso la termidiluizione è possibile rilevare il volume di liquidi intra ed extravascolare. Il sistema PICCO è connesso mediante un termistone ad una via del CVC, e attraverso un trasduttore di pressione ad un catetere posizionato in arteria femorale.

Le responsabilità del personale infermieristico consistono nel controllo del punto di inserzione di entrambi i cateteri, sia per la dislocazione che per eventuali infezioni, controllo della temperatura e vascolarizzazione dell'arto inferiore per evitare un'ischemia.

In base al danno traumatico rilevato dalla diagnostica per immagini, l'applicazione di protocolli assistenziali ottimizzano l'assistenza al paziente, offrendo il vantaggio di risparmiare tempo ed evitare inutili personalismi.

Il paziente traumatizzato con presenza di ematoma intracranico con effetto massa e spostamento della linea mediana, è sottoposto ad intervento chirurgico di evacuazione del versamento. Chirurgicamente è posizionato un drenaggio e/o un sensore

per la rilevazione della PIC (Pressione Intracranica). L'assistenza infermieristica prevede il controllo delle perdite ematiche dal drenaggio e controllo dei valori della PIC (normali fino a 15 mmHg).

L'esame neurologico si completa con il controllo della pressione di perfusione cerebrale (PPC) e la SJO2. Quest'ultima è un monitoraggio che consente il controllo della saturazione del sangue venoso prelevato dal bulbo della giugulare interna retrograda. Le linee guida infermieristiche prevedono il controllo del sito di ingresso del catetere con medicazione a giorni alterni, il controllo di eventuali dislocazioni, il controllo della pervietà del catetere mediante l'utilizzo di eparina e soluzione fisiologica secondo protocollo prestabilito.

Il paziente traumatizzato con presenza di pneumotorace (presenza di aria nello spazio pleurico), necessita di un drenaggio toracico immediato, a livello del II spazio intercostale sull'emiclaveare. Il drenaggio è collegato ad un sistema di aspirazione costante.

I protocolli assistenziali prevedono:

- antibiotico terapia, analgesici per il dolore, ossigenoterapia;
- posizione semiseduta per favorire la respirazione e l'eventuale drenaggio dell'aria (se le condizioni cliniche lo consentono);
- posizionamento del vaso di raccolta ad un'altezza inferiore la pressione negativa intrapleurica (40-60 cm dal punto d'inserzione del drenaggio);
- disostruzione del drenaggio con mungitura periodica se sono presenti coaguli o tappi di fibrina;
- dislocazione della sede del drenaggio, in tal caso bisogna coprire immediatamente la ferita per evitare la penetrazione d'aria ed avvisare il medico;
- assicurarsi che la forza di aspirazione si mantenga come prescritto dal medico;
- medicazione del punto d'inserzione avvisando il medico dei primi eventuali segni d'infezione;
- prima di ogni spostamento del paziente o del sistema di raccolta è necessario clampare il drenaggio.

Il traumatizzato con presenza di emotorace (presenza di sangue nello spazio pleurico), necessita di toracentesi per drenare la

raccolta ematica. L'assistenza infermieristica prevede il controllo della quantità di materiale drenato, il suo colore, e l'eventuale presenza di coaguli. Può essere necessaria una mungitura del drenaggio per evitare ostruzioni. Generalmente il materiale ematico si riassorbe in 10-15 giorni. L'insorgenza di dispnea ed insufficienza respiratoria indicano l'aumento del versamento, perciò può essere necessario l'intervento chirurgico con toracotomia per favorire l'espansione del polmone.

Il traumatizzato con emoperitoneo (presenza di sangue nello spazio peritoneale), necessita d'intervento chirurgico per drenare la raccolta ematica. L'assistenza infermieristica prevede il controllo delle perdite ematiche, controllo di eventuali ostruzioni e dislocazione del drenaggio.

Nel paziente traumatizzato con trauma vertebro-midollare, è prioritaria la stabilizzazione chirurgica precoce per consentire la rapida mobilizzazione e riabilitazione.

L'assistenza infermieristica deve tendere alla prevenzione e riduzione delle complicanze, utilizzando un materasso a flusso d'aria alternata, dinamico e statico, che permette di preservare il paziente dall'eventuale insorgenza di lesioni da decubito.

Altro compito dell'infermiere è quello di controllare che tutto l'iter burocratico sia completo:

- compilazione del ricovero ed eventuale referto;
- recapiti telefonici dei familiari;
- informazione ai parenti sugli orari di visita ed abitudini dell'unità operativa;
- richiesta ai parenti della documentazione sanitaria del paziente.
- controllo del corretto mantenimento della cartella clinica.

Il livello di complessità medico-legale nella gestione clinica del politraumatizzato in area critica è aumentato per l'incidenza di problematiche assicurative che gravitano nell'ambito della traumatologia della strada o per eventi traumatici maggiori in altri contesti. Tale problematica è incrementata dal fatto che si tratta di pazienti che talora possono afferire, per la complessità delle lesioni, nei programmi di donazione degli organi. Qualora si assista ad

una evoluzione verso la morte cerebrale, l'infermiere deve essere preparato all'assistenza del mantenimento del paziente donatore di organi, con la risoluzione delle problematiche psicologiche e sociali correlate alla drammaticità degli eventi.

L'assistenza al paziente politraumatizzato è un processo complesso che richiede la necessità di un impegno sempre maggiore, per migliorare costantemente la qualità e l'efficacia del trattamento di una patologia di così importante rilevanza, ricordando che la persona ha bisogni legati alla sua sfera fisica ma anche psichica.

Nella gestione del paziente politraumatizzato, non dobbiamo mai dimenticare il nostro ruolo e la nostra presenza, tutti i nostri gesti, la nostra voce, la nostra ripetitività quotidiana sono un invito alla "persona" al risveglio.

Autori:

R. Somma, T. Satta, L. Tosolini, T. Serani, M. Villani, L. Cirulli, C. Barberini, (DEA Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS, Roma).

bibliografia

Mauil KI, Cleveland Hc, Feliciano DV (eds): *Advances in Trauma and Critical Care, Series 1990-1994, vols. 5-9* St. Louis, CV Mosby.

A, Cavicchioli, M. Canova, P. Casson, A. Pomes, A. Trona, G. Zanella: *Elementi di base dell'assistenza infermieristica, 1998.*

La sopravvenuta inidoneità psico-fisica alle mansioni

La sopravvenuta inidoneità psicofisica del lavoratore dipendente di una A.S.L. ovvero di un'Azienda Ospedaliera, trova la sua disciplina ultima nel **CCNL Integrativo** del CCNL del personale del Comparto Sanità 1998/2001¹ che all'art. 6, rubricato "mutamento di profilo per inidoneità psico-fisica", ha disapplicato espressamente l'art. 16 D.P.R. 761 cit. e l'art. 16 D.P.R. 384 cit.², ed ha provveduto a dettare una disciplina unitaria della fattispecie³.

La suddetta norma contrattuale prevede che nei confronti del dipendente riconosciuto non idoneo in via perma-

nente allo svolgimento delle mansioni appartenenti al proprio profilo professionale ma, comunque, ancora idoneo a proficuo lavoro, l'azienda non potrà procedere alla risoluzione del rapporto di lavoro per inidoneità fisica o psichica prima di aver esperito ogni utile tentativo per recuperarlo al servizio attivo nelle strutture organizzative dei vari settori, anche in posizioni lavorative di minor aggravio ove comunque possa essere utilizzata la professionalità espressa dal dipendente (art. 6, comma, cit.).

A tal fine l'azienda, per il tramite del collegio medico legale dell'azienda sanitaria competente per territorio, accer-

¹ - Ciò in quanto ai sensi dell'art. 2, comma 2, Testo Unico del Pubblico Impiego, D.Lgs. n. 165/2001, "i rapporti di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche sono disciplinati dalle disposizioni del capo I, titolo II, libro V del codice civile e dalle leggi sul rapporto di lavoro subordinato nell'impresa, fatte salve le diverse disposizioni contenute nel presente decreto. Eventuali disposizioni di legge, regolamento o statuto, che introducano discipline dei rapporti di lavoro la cui applicabilità sia limitata ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche, o a categorie di essi, possono essere derogate da successivi contratti o accordi collettivi e, per la parte derogata, non sono ulteriormente applicabili, salvo che la legge disponga espressamente in senso contrario". Pertanto, non essendo disciplinato nulla dal T.U. cit., per quanto riguarda la fattispecie che ci occupa si deve fare riferimento alla disciplina privatistica, e nella specie alla contrattazione collettiva, non dettando neanche le norme codicistiche una disciplina apposita.

² - La disciplina anteriore era contenuta nel D.P.R. 761/79 recante lo "Statuto giuridico del personale delle unità sanitarie locali" all'art. 16. Tale norma, sotto la rubrica "passaggio ad altre funzioni per inidoneità fisica" prevedeva l'ipotesi della sopravvenuta infermità del dipendente, a seguito della quale egli fosse stato giudicato permanentemente non idoneo alle funzioni proprie, ed in tal caso attribuiva al datore di lavoro la facoltà di trasferire lo stesso ad altre funzioni equivalenti nelle quali fosse convenientemente utilizzabile ed ivi inquadralo, sempre che fosse stato in possesso dei requisiti specifici richiesti. Veniva, altresì, disposto che i relativi accertamenti sanitari fossero effettuati con la procedura prevista per i casi di dispensa dal servizio per motivi di salute, che il passaggio ad altre funzioni fosse disposto dalle regioni, su parere dell'unità sanitaria locale e con il consenso dell'interessato, e, da ultimo, che i dipendenti trasferiti fossero inquadrati secondo quanto previsto dall'accordo unico nazionale.

Successivamente, il D.P.R. 348/83, all'art. 13, ha previsto, nei confronti del dipendente riconosciuto fisicamente inidoneo in via permanente allo svolgimento delle mansioni attribuitegli, l'impossibilità di procedere da parte dell'amministrazione alla dispensa del servizio per motivi di salute prima che la stessa avesse esperito ogni tentativo utile, compatibilmente con le strutture organizzative dei vari settori, per recuperarlo al servizio attivo in mansioni diverse da quelle proprie della qualifica rivestita, appartenenti allo stesso livello funzionale retributivo. In tal caso il dipendente può essere applicato alle nuove funzioni anche in soprannumero riassorbibile, con contestuale congelamento del posto lasciato disponibile fino al riassorbimento del posto soprannumerario.

Il D.P.R. n. 384/90, con l'art. 16, che ha superato l'art. 16 D.P.R. 761 cit., ha poi previsto che nei confronti del dipendente riconosciuto fisicamente inidoneo in via permanente allo svolgimento delle mansioni attribuitegli (in base alla procedura ex art. 56 D.P.R. n. 761 cit) l'ente non può procedere alla dispensa dal servizio per motivi di salute prima di aver esperito ogni utile tentativo, compatibilmente con le strutture organizzative dei vari settori, per recuperarlo al servizio attivo. A tal fine l'ente, tramite il collegio medico legale della U.S.L. competente territorio, deve accertare quali siano le mansioni che il dipendente, in relazione alla posizione funzionale, nonché al profilo professionale di appartenenza, sia in grado di svolgere senza che ciò comporti cambiamento di profilo di disciplina, ove prevista. Solo nel caso in cui, poi, non esistano, all'interno della posizione e profilo di appartenenza e nell'attività del lavoro svolta, le mansioni alle quali il dipendente possa essere adibito, pur essendo giudicato idoneo a proficuo lavoro, il dipendente, previa domanda dello stesso, può essere collocato in posizione funzionale inferiore anche di diverso profilo professionale e ruolo per il quale abbia i requisiti, a condizione che il relativo posto sia vacante. Il soprannumero è, invece, consentito solo a condizione del congelamento di un posto di corrispondente posizione funzionale. A seguito del nuovo inquadramento il dipendente, poi, segue la dinamica retributiva della nuova posizione funzionale senza alcun riassorbimento del trattamento già in godimento, salvo quanto previsto dalle norme in materia di infermità per cause di servizio.

La medesima procedura può essere attivata anche nei confronti del dipendente che sia riconosciuto temporaneamente inidoneo allo svolgimento delle proprie mansioni e, in tal caso, l'assegnazione del lavoratore al nuovo profilo deve essere disposta limitatamente al periodo giudicato necessario dall'organo competente per il completo recupero dell'efficienza fisica, periodo per il quale il posto del dipendente temporaneamente inidoneo rimane indisponibile ai fini della sua copertura.

Sulla pregressa disciplina si cita, per completezza, la seguente giurisprudenza: T.A.R. Lazio, Sez. I, n. 636/99; T.A.R. Lazio, Sez. I, n. 1059/99; Cons. St., Sez. V, n. 753/03

³ - Le norme giuridiche che interessano la materia e che citiamo in nota per non appesantire il testo sono: art. 5, comma 3, L. 300/70, Statuto dei Lavoratori; art. 2, comma 2, D. Lgs. 165/02, Testo Unico del pubblico Impiego; artt. 1256, 1463, 1464, 2087, 2110 cod. civ.

ta quali siano le mansioni che il dipendente in relazione alla categoria, posizione economica e profilo professionale di appartenenza, sia in grado di svolgere senza che ciò comporti mutamento di profilo (art. 6, comma 2, cit.).

In caso di mancanza di posti vacanti nel medesimo profilo, ovvero nell'impossibilità di rinvenire mansioni compatibili con lo stato di salute previo consenso dell'interessato e purchè vi sia la disponibilità organica, il dipendente potrà essere impiegato in un diverso profilo di cui possieda i titoli, anche collocato in un livello economico immediatamente inferiore della medesima categoria oppure in un profilo immediatamente inferiore nella categoria sottostante, assicurandogli un adeguato percorso di qualificazione. Il soprannumero è consentito solo congelando un posto di corrispondente categoria e posizione economica.

Il comma 4 estende l'attivazione della procedura appena descritta anche ai casi in cui il dipendente sia riconosciuto temporaneamente inidoneo allo svolgimento delle proprie mansioni. In tal caso anche l'inquadramento nella posizione economica inferiore ha carattere temporaneo ed il posto del dipendente è indisponibile ai fini della sua copertura, nel senso che non può essere considerato "vacante" in pianta organica, e gli deve essere restituito allo scadere del termine fissato dall'organo collegiale come idoneo per il recupero della piena efficienza fisica.

Il profilo economico della fattispecie è regolato dal comma 5, ai sensi del quale il dipendente, anche se collocato nella posizione economica inferiore, conserva il diritto al più favorevole trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza, così come previsto anche dall'art. 4, comma 4 ("Criteri di computo della quota di riserva"), della legge 68/1999 ("Norme per il diritto al lavoro dei disabili"). Tuttavia, dal momento del nuovo inquadramento il di-

pendente segue la dinamica retributiva del nuovo livello economico (senza alcun riassorbimento del trattamento in godimento), fatto salvo quanto previsto dalle norme in vigore in materia di infermità per causa di servizio.

Infine nel caso in cui il dipendente sia riconosciuto idoneo a proficuo lavoro ai sensi del comma 1, ma non possa, comunque, essere ricollocato nell'ambito dell'azienda di appartenenza con le modalità previste dai commi precedenti, si applica, in quanto compatibile, la disciplina sul passaggio diretto ad altre amministrazioni del personale in eccedenza di cui all'art. 21 CCNL integrativo cit.

L'azienda è tenuta a fornire successivamente informazione dell'applicazione dell'istituto alle organizzazioni sindacali composte dalle R.S.U. e dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria firmatarie del CCNL siglato il 7 aprile 1999.

*** **

La materia sin qui esposta è figlia di un consolidato orientamento giurisprudenziale, formatosi nell'ambito del rapporto di lavoro privato e che passiamo in rassegna per la sua perdurante attualità.

La Suprema Corte di Cassazione, pronunciandosi a Sezioni Unite (Cass. Civ., S. U., n. 7755/98), ha, in definitiva, sancito il principio in base al quale "la sopravvenuta infermità permanente e la conseguente impossibilità della prestazione lavorativa, quale giustificato motivo di recesso del datore di lavoro dal contratto di lavoro subordinato, non è ravvisabile nella sola ineseguibilità dell'attività attualmente svolta dal prestatore, ma può essere esclusa dalla possibilità di altra attività riconducibile - alla stregua di un'interpretazione del contratto secondo buona fede - alle mansioni attualmente assegnate o a quelle equivalenti o, se ciò è impossibile, a

mansioni inferiori, purchè essa attività sia utilizzabile nell'impresa, secondo l'assetto organizzativo insindacabilmente stabilito dall'imprenditore".

La giurisprudenza di merito ha affermato che "in applicazione dell'art. 1464 cod. civ. l'impossibilità del lavoratore, sopravvenuta in corso di rapporto, di eseguire una parte delle mansioni affidategli non legittima la facoltà di receso da parte del datore di lavoro se quest'ultimo conservi un *interesse apprezzabile* all'espletamento delle mansioni residue, come nel caso in cui l'azienda abbia rimodellato la propria organizzazione in modo da sfruttare le mansioni per cui il lavoratore è idoneo, assegnando ad altri dipendenti le mansioni per le quali lo stesso è stato riconosciuto inidoneo" (Trib. Torino, 23.12.1997, Natale c/ Soc. Alfachimici).

E ancora, "è nullo il licenziamento intimato al lavoratore per sopravvenuta inidoneità fisica allo svolgimento delle proprie mansioni non avendo il datore di lavoro provveduto alla ricollocazione del lavoratore a mansioni diverse da quelle divenute ineseguibili in diretta applicazione dell'obbligo di salvaguardia del posto di lavoro – che trova il suo fondamento nei principi basilari della Costituzione (artt. 1, 3, 4 e 35) – e dell'obbligo di cooperazione allo svolgimento della prestazione lavorativa – derivante dai principi interpretativi della correttezza e della buona fede – alla cui stregua va valutata la mancanza, ai sensi dell'art. 1464 c.c., di un apprezzabile interesse del datore di lavoro all'adempimento parziale".

Sino a giungere alla illegittimità del licenziamento – cui consegue la sospensione della relativa efficacia anche in via cautelare – "qualora, nel caso di sopravvenuta inidoneità fisica del lavoratore, il datore di lavoro non abbia provveduto a rinvenire una collocazione del lavoratore stesso compatibile con l'assetto organizzativo esistente e più confacente alla modificata capacità professionale,

dovendosi annoverare tra gli elementi costitutivi del potere risolutorio anche le ragioni ostative ad un reimpiego del lavoratore in mansioni confacenti alla sua professionalità" (Trib. Bari, 1.12.2000, Pizzarelli c/ Matesma Jersey).

*** **

Per concludere, quel che è importante sottolineare è che la sopravvenuta invalidità fisica è idonea a produrre, come conseguenza, la cessazione del rapporto per risoluzione del contratto di lavoro.

Tuttavia, per bilanciare la diversa posizione soggettiva del lavoratore e del datore di lavoro, le parti sociali hanno creato una disciplina di tutela del dipendente che salvaguardi il posto di lavoro.

In quest'ottica prima di risolvere il rapporto, il datore di lavoro ha l'obbligo di sottoporre il lavoratore ad una visita medica presso una struttura pubblica qualificata.

Se l'inidoneità alle mansioni è accertata, sia essa temporanea o permanente, l'Azienda deve ricercare una posizione di lavoro compatibile con il mutato stato di salute, seguendo le indicazioni contenute nell'accertamento del medico del lavoro (e sempre che, ovviamente, ci sia una capacità residua al lavoro).

Trovata la nuova posizione, se essa fa parte del profilo di appartenenza del dipendente, quest'ultimo può essere ivi adibito anche d'ufficio. Se, invece, le nuove mansioni appartengono al livello inferiore, l'Azienda ha l'obbligo di offrirle al dipendente che, se accetta, salva il posto di lavoro anche se sarà collocato in un livello, o categoria, inferiore.

Se non accetta, il lavoratore sarà licenziato.

Da notare che il licenziamento, in tal caso, è un obbligo per l'Azienda che non può far svolgere al lavoratore delle mansioni incompatibili con la sua capacità fisica, rischiando di aggravare il suo stato di salute (così si può argomentare ex art. 2087 cod. civ.).

Un vecchio detto popolare sostiene che "il pane è più buono in tempo di carestia". E a giudicare da come, negli ultimi mesi, i mezzi d'informazione hanno parlato e scritto di infermieri, si direbbe che il motto ha ragion d'essere. Proprio come il pane, la nostra professione la si apprezza soprattutto nei momenti difficili. E' un destino che l'accomuna ad altre figure sanitarie, ma che spicca fulgidamente quando si tratta di assistenza diretta a chi viene colpito da malattie infettive, specie se nuove, sconosciute e minacciose come la Sars.

Così, dopo il divampare mediatico dell'allarme su scala planetaria, i giornali italiani, le televisioni, le radio e i principali quotidiani on line hanno riscoperto il ruolo e la responsabilità degli infermieri. Ecco che titoloni e servizi sul personale sanitario impegnato nei controlli aeroportuali e nei centri di riferimento nazionale per la polmonite atipica hanno sostituito quelli dal tono scandalistico e denigratorio che troppo spesso il Collegio è costretto a fronteggiare.

Per una volta, i media hanno dato risalto alla figura dell'infermiere in prima linea nella perenne lotta all'aggressione di virus e batteri. Tanto da generare in molti un allarme ulteriore: quello della carenza di infermieri. L'emergenza infermieristica torna a farsi questione nazionale, come le capita ciclicamente, ogni volta che si diffonde un qualche allarme sanitario. Un destino forse segnato per la nostra professione.

Il settimanale "Oggi" si è occupato da vicino del rinnovato allarme sulla carenza di infermieri. Nella rubrica "Domande di Oggi" del numero 17 dell'aprile scorso, ha dedicato ampio risalto alla lettera di una lettrice e alla risposta del professor Umberto Veronesi. Tutta da segnalare.

Scriva la lettrice (firmata): <E' vero che il servizio sanitario italiano rischia il disastro per mancanza d'infermieri?>.

La risposta ha per titolo "All'ospedale del futuro servono più infermieri in gamba che medici". <Non so se si rischia il disastro, ma certamente lei addita uno dei problemi più "caldi" degli ultimi anni> replica Veronesi che, cifre alla mano, conferma l'effettiva carenza di infermieri negli organici delle strutture sanitarie pubbliche e private. E aggiunge: <Gli ospedali, nei loro reparti di ricovero, sono come quelle strutture produttive a ciclo continuo che non possono fermare l'attività. I reparti devono offrire assistenza ai pazienti giorno e notte, per 365 giorni all'anno. Per poter garantire questa assistenza, i turni degli infermieri devono essere tre al giorno e ogni turno deve avere un numero di infermieri sufficiente ad assistere i pazienti. Nei reparti ad alta densità di cure è proprio il numero e la qualità degli infermieri specializzati a formare l'indice di efficacia. E qui gli infermieri sono la "prima linea" della battaglia che si combatte per la vita>.

Scriva ancora Veronesi: <A mio giudizio, gli infermieri non sono solo indispensabili per l'assistenza, ma il loro continuo rapporto con il paziente li rende gli osservatori più accurati del decorso della malattia. (...) E poi, c'è un'altra cosa, semplice e umana. I pazienti, che non hanno molte occasioni di parlare con i medici, riescono spesso ad avere un rapporto molto più stretto con gli infermieri. Anche gli infermieri sono sempre di corsa, stanchi e sovraccarichi di lavoro, ma sicuramente riescono ad ascoltare i pazienti molto più dei medici. Così, la conoscenza del paziente da parte del-

l'infermiere risulta molto più "personalizzata" rispetto alla conoscenza del medico. E' una conoscenza preziosa, tanto che nei buoni reparti ospedalieri da alcuni anni si sono istituite, accanto alle cartelle cliniche compilate dai medici, anche le cartelle infermieristiche>.

Il professor Veronesi rimarca che la carenza di infermieri incide tanto più oggi se rapportata alla <...medicina delle alte specialità, che nei tempi di ricovero in ospedale deve concentrare molti esami che prima non esistevano, e adesso sono la base del nuovo modo di curare>. Spiega che finora si è tentato di arginare l'emergenza con misure riorganizzative e si domanda perché la professione infermieristica pare attirare così poco i giovani. Scrive: <I motivi sono molti. Tra i primi c'è il fatto che il lavoro d'infermiere è pesante, sia per l'organizzazione in turni, sia per la responsabilità, sia per il fatto che gli infermieri sono sovraccarichi di lavoro e spesso sono "precettati" a saltare i turni di riposo. (...) Il secondo

motivo è il fatto che gli studi per diventare infermiere sono molto impegnativi. Non ci sono più le scuole da cui si usciva infermieri professionali a vent'anni, ma i corsi di laurea. E' culturalmente un passo avanti significativo, ma ha allontanato una parte di giovani che puntavano a un impiego veloce>.

Quindi Veronesi, dall'alto di una vita spesa per la sanità, affonda il colpo contro un certo atteggiamento in uso in troppi luoghi di lavoro: <Dopo tanti anni di studio severo capita assai spesso che il giovane infermiere, ormai professionalizzato e preparato, venga catapultato in reparti dove non è mai cambiata la mentalità del "primato" dei medici, che considerano gli infermieri poco più che inservienti. Se questo accade, lo choc iniziale si trasforma in frustrazione, la "vocazione" si attenua fino a scomparire e anni di studio e di preparazione vengono buttati al vento. Nasce così l'infermiere che non sente il campanello e non ascolta il malato>.

IL COLLEGIO IN TV

**Per informarti in tempo reale
su tutto quanto fa... infermiere**

**Televideo
Regionale RAI**

**La pagina assegnata
al Collegio Ipasvi di Roma é...**

439