



Scripta Manent

n. 45
SINCERT



Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo

12 maggio 2007

Giornata internazionale dell'infermiere

www.infermiereprotagonista.it



www.infermiereprotagonista.it



TI PROPONIAMO UNA GRANDE OPPORTUNITÀ:

UN FUTURO DA PROTAGONISTA

SE PER IL TUO FUTURO PENSI A UN LAVORO DINAMICO E COINVOLGENTE
SE CERCHI UNA FORMAZIONE CHE TI PREPARI AD ASSUMERE IMPORTANTI
RESPONSABILITÀ COME PROFESSIONISTA DELLA SALUTE
SE ASPIRI A UNA LAUREA CHE TI PERMETTA DI ESSERE D'AIUTO AGLI ALTRI
E DIVENTARE PER LORO UN PRESENZA SIGNIFICATIVA,

ISCRIVITI AL CORSO DI LAUREA PER DIVENTARE INFERMIERE.

INFERMIERE: UN LAVORO SEMPRE IN PRIMA LINEA

Ogni giorno, un infermiere prende decisioni importanti per la salute e l'assistenza, le mette subito in pratica, si confronta con situazioni sempre diverse, affronta emergenze o progetta nuove soluzioni. Essere infermiere significa assumersi delle responsabilità e diventare un punto di riferimento per gli altri, svolgendo così un ruolo socialmente importante.

COSA FA UN INFERMIERE?

L'infermiere è un **professionista laureato** che si occupa di assistenza ai malati e ai disabili, tutela e promozione della salute, educazione sanitaria e prevenzione delle malattie, ricerca e insegnamento.

PROFESSIONISTA ANCHE NELLA COMUNICAZIONE

Un infermiere deve essere in grado di trasmettere agli altri idee e sentimenti, intendersi con uno sguardo con i colleghi, capire al volo le esigenze di chi ha di fronte, rassicurare, condividere ciò che prova il paziente, trovare il tono e le parole giuste. **La professione di infermiere esalta e migliora la tua capacità di comunicare e stare in mezzo ad altre persone.**

CON LA LAUREA IN INFERMIERISTICA ENTRI SUBITO NEL VIVO

Quella dell'infermiere è una delle figure professionali più richieste. La laurea in Infermieristica ti rende più facile l'ingresso nel mondo del lavoro e ti permette di scegliere la soluzione professionale che preferisci: potrai decidere di lavorare in ospedale o nell'assistenza domiciliare, in una struttura ad alta tecnologia o in ambulatorio, in corsia, a contatto con i pazienti, o al pronto soccorso, alle prese con le emergenze.

Qualunque sarà la tua scelta, potrai contare su un lavoro stabile, un futuro sicuro e interessanti prospettive di carriera: oggi all'infermiere sono aperti anche ruoli da dirigente.

INFERMIERI.

PROFESSIONISTI AL CENTRO DELLA VITA



PER ULTERIORI INFORMAZIONI: WWW.INFERMIEREPROTAGONISTA.IT

Infermiere. Protagonista nella vita vera

3

A cura di Beatrice Mazzoleni - Presidente Collegio IPASVI Bergamo

Cari colleghi,

siamo ormai nel pieno della Primavera, la stagione che più di tutte è caratterizzata dalla rinascita e dalle novità. Anche per la nostra professione quest'anno è un periodo di rinnovo per quanto riguarda la nostra immagine.

Come ben sappiamo, purtroppo, l'idea che la società ha nei confronti della nostra categoria, è spesso caratterizzata da immagini di poco valore, a causa di messaggi fuorvianti provenienti dai mass-media e di una eredità culturale vecchia di secoli.

La Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e il Ministero della Salute, con la partnership del Ministero dell'Università e del Ministero della Pubblica Istruzione, ha quindi deciso di sviluppare tra il 23 aprile e il 30 maggio una serie di iniziative che hanno l'obiettivo di riqualificare la figura dell'Infermiere e incentivare le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica.

Il progetto si articola in due livelli:

- ✓ una serie di incontri nelle scuole medie superiori, sostenuti da una campagna radiofonica sulle principali radio nazionali e dalla pubblicazione di un sito informativo;
- ✓ una serie di conferenze stampa nazionale e regionali, finalizzate a migliorare la visibilità dell'iniziativa sui media.

Il fulcro della campagna, dal titolo "Infermiere. Protagonista nella vita vera", consiste nella realizzazione di circa 250 incontri a livello nazionale con gli studenti del 4° e 5° anno delle scuole medie superiori per orientarli verso il corso di laurea in Infermieristica.

Già nei giorni 14-15 e 16 marzo u.s., si è inoltre tenuta la 1ª Conferenza Nazionale IPASVI, organizzata dalla Federazione Nazionale dei Collegi. In tale occasione, i principali esponenti della categoria hanno avuto modo di interloquire con le rappresentanze politiche, esponendogli la nostra posizione, il valore della nostra professione e i nostri obiettivi futuri.

A livello provinciale, la campagna troverà il suo culmine nella settimana del 12 maggio, che, come avvenuto nel 2006, vedrà la partecipazione del Collegio attraverso alcuni colleghi alla manifestazione "Lilliput" presso la fiera nuova di Bergamo. Questo evento, ci darà la possibilità, attraverso l'organizzazione di incontri e attività, di fornire direttamente alla cittadinanza, una serie di informazioni inerenti la nostra professione e la divulgazione di materiale.

Credo sia fondamentale, che la nostra categoria, dopo aver ottenuto il passaggio della formazione a livello universitario, lo sviluppo della formazione post-base e il raggiungimento quotidiano di importanti traguardi professionali, ottenga il dovuto riconoscimento anche nella società, ricordandosi sempre però che la costruzione efficace della nostra immagine avviene ogni giorno nell'espletamento della nostra attività coltivando la compattezza della categoria e salvaguardando personalmente la nostra immagine pubblica.

Buon lavoro a tutti

La Presidente, Beatrice Mazzoleni

4

SommarioSommario

Infermiere. Protagonista nella vita vera.....	pag.	3
<i>Editoriale a cura di Beatrice Mazzoleni</i>		
Errore in Medicina e Risk Management.....	pag.	5
<i>A cura di Alessandro Bassi e Simone Jamoletti</i>		
TFR: perché, dove, come, quando.....	pag.	7
<i>A cura di Flavia Zanella</i>		
La gestione del paziente tracheotomizzato.....	pag.	9
<i>A cura di Laura Colombo</i>		
Bilancio preventivo 2007 Conto Consuntivo 2006.....	pag.	14
Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca: seconda tappa: l'Ospedale San Biagio di Clusone.....	pag.	18
<i>A cura di Marina Lanzi</i>		
Errata corrige!.....	pag.	24
Tel Aviv, 28/1-7/2/2007 - 2° corso "Mass Casualty Management for Nurses".....	pag.	26
<i>A cura di Beatrice Mazzoleni</i>		
Il prelievo arterioso per emogasanalisi.....	pag.	32
<i>A cura di Elena Bongiorno</i>		
News: informazioni riguardanti la Polizza Assicurativa IPASVI.....	pag.	35

Semestrale del Collegio IPASVI di Bergamo**Proprietà, Redazione e Amministrazione:**

Collegio degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigatrici d'Infanzia IPASVI Bergamo, Via Borgo Palazzo n. 81 - 24125 Bergamo
Tel. 035/217090, Fax 035/236332 e-mail collegio@infermieribergamo.it

Registrazione: Autorizzazione Tribunale di Bergamo n.12 del 14 Maggio 1994

Direttore Responsabile: Beatrice Mazzoleni

Responsabile della Redazione: Massimiliano Russi

La Redazione: Enzo Ambrosioni, Alessandro Bassi, Dolores Belometti, Gianluigi Bena, Angelo Bicchi, Elena Bongiorno, Annagrazia Casati, Viviana Cittadino, Annamaria Dorigatti, Raffaella Felappi, Simone Jamoletti, Marina Lanzi, Marco Mazzoleni, Cesare Moro, Aurelia Pawlicka, Paola Pennacchio, Chiara Pirola, Flavia Zanella.

Responsabile sito internet: Gian Luigi Bena

Progetto grafico: Gierre snc, via A. Corti 51, Bergamo. Tel 035 4243057

Stampa: Novecento Grafico s.r.l. Via Pizzo Redorta 12/a - Bergamo tel. 035 295370

Per partecipare attivamente alle iniziative del tuo collegio, iscriverti ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla **mailing-list** accedendo al nostro sito (www.ipasvibergamo.it) e consultando la sezione dedicata.

Orario apertura uffici: Lunedì, Martedì, Giovedì, Venerdì 9.30 - 12.00 / 14.00 - 17.30. Giorno di chiusura: Mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare l'iscrizione all'albo mediante **autocertificazione** (DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.

Errore in Medicina e Risk Management

5

A cura di Alessandro Bassi e Simone Jamoletti

Iniziamo, con questo articolo, ad affrontare l'attualissimo tema del Risk-Management che vede coinvolti quotidianamente tutti gli addetti del settore sanitario. Questo primo articolo riassume i vari aspetti del risk-management che andremo ad analizzare poi, nel dettaglio, nei prossimi numeri della rivista.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un aumento esponenziale delle cause legali intentate da Pazienti/Utenti che hanno subito un danno in Medicina. Medici ed Infermieri, sempre più spesso, sono stati chiamati a giudizio per rispondere di atti compiuti nell'esercizio della propria Professione. Questo ha creato, aldilà delle implicazioni personali, un danno economico rilevante per le Aziende Sanitarie.

Il sistema sanitario è un sistema complesso con un'organizzazione altrettanto complessa, ciò rende l'errore e la possibilità di un incidente non eliminabile ma solo controllabile. Le Aziende Sanitarie, quindi, devono esercitare tutte le attività cliniche ed amministrative utili ad identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, lo staff ed i visitatori nonché per evitare perdite economiche nell'organizzazione stessa. Tutto questo è il RISK MANAGEMENT. Soprattutto nei Paesi anglosassoni (USA e Inghilterra) sono state condotte ricerche sulla "malpractice" del nursing. In Italia, solo negli ultimi anni, sono cresciuti in modo esponenziale gli studi sull'argomento.

Le esperienze effettuate in altri Paesi dimostrano inequivocabilmente quanto sia necessario aumentare un sistema di "report" che consenta di mettere in luce gli errori ed i "near-misses" in modo tale da poter studiare le strategie atte a prevenire tali eventi e soprattutto a ridurre il rischio che questi possano verificarsi.

Finora si è accennato solamente all'errore, ora è importante anche definire cosa sia il ri-

schio clinico che in realtà è un aspetto legato ad attività effettuate dal team sanitario che causano o potrebbero causare danni al paziente. Quindi, molto semplicemente potremmo definire il rischio clinico come "la possibilità di subire un danno come conseguenza di un errore" (Francesco Falli). Partendo dalla considerazione che l'errore è una componente inevitabile dell'attività umana, è comunque fondamentale riconoscere che anche il sistema può sbagliare creando circostanze per il verificarsi dell'errore stesso. L'aumento dello stress per gli operatori (soprattutto Infermieri) legato ad un'organizzazione del lavoro non adeguata (per es. ferie e riposi saltati, doppi turni, carenza di personale, ecc.) può essere latente fino a quando l'errore non lo rende evidente.

Nel corso degli ultimi decenni si sono sviluppate numerose teorie sull'errore umano. Secondo i protocolli internazionali possono essere raggruppati in tre grosse e distinte categorie:

- gli "ADVERSE EVENTS", si tratta di eventi avversi che causano morte, malattia, menomazione e rappresentano la forma chiaramente più grave;
- i "NO HARM EVENT", errori che pur a rischio evidente, non hanno provocato conseguenze;
- i "NEAR MISSES", cioè gli incidenti potenziali che non si sono verificati per puro caso, o per intervento di altri, o dello stesso operatore.

Tutto ciò evidenzia come in ogni realtà sia ne-

6

Errori in Medicina
e Risk Management

cessaria una raccolta volontaria di schede anonime per la segnalazione degli eventi avversi detta "INCIDENT REPORTING". La scheda di segnalazione degli errori o dei "possibili errori" consente di avere le informazioni più utili a porre in atto strategie che possano rimuovere la causa che ha generato quell'evento avverso.

I report utilizzati nelle ricerche effettuate e selezionate risultano contenere informazioni riguardanti:

- il luogo dove è avvenuto l'incidente;
- chi ha individuato l'evento (medico, infermiere o paziente);
- il tipo di prestazione che si stava erogando (programmata o urgente);
- la scala di gravità dell'evento;
- la percezione delle cause che hanno indotto all'errore (casualità, problemi organizzativi, tecnologici, infrastrutturali);
- i "near-misses" (incidenti potenziali).

Purtroppo in Italia il sistema di incident reporting appena descritto sembra essere di difficile attuazione in quanto manca nella nostra legislazione un sistema di depenalizzazione per chi segnala un evento avverso.

Nel nostro Paese occorre la promozione di una cultura che modifica il senso di colpevolezza dell'individuo e sposta l'analisi dell'errore all'analisi che processa il sistema proteggendo

legalmente chi riporta un evento avverso.

In conclusione possiamo affermare che la relazione fra fattori organizzativi ed errori nella pratica clinico-assistenziale è alla base della letteratura sul risk management.

Molti studi esaminati hanno messo in luce l'utilità di alcuni strumenti dell'organizzazione del lavoro per evidenziare le aree di rischio riferite agli errori o ai near-misses in modo da attivare ottimali strategie di risk management, tra questi gli incident reporting.

Bibliografia

- > "Imparare dagli errori" di Francesco Falli e GianLuca Ottomanelli, Collegio Ispasvi La Spezia, dicembre 2005.
- > Abstracts da "Le fonti di rilevazione degli errori" di Luca Brizzi, Corso di formazione sul rischio clinico e l'errore in Medicina, 12 dicembre 2005.



TFR

perché, dove, come, quando?

A cura di Flavia Zanella

Il primo gennaio 2007 è entrata in vigore la riforma della Previdenza Complementare ed entro il 30 giugno 2007 tutti i lavoratori, eccetto quelli dipendenti da enti pubblici, sono tenuti ad esprimere in maniera esplicita o tacita la loro scelta sulla destinazione del TFR (trattamento di fine rapporto) maturato dal 1° gennaio 2007.

Innanzitutto specifichiamo che il TFR maturato al 31/12/2006 non viene "toccato", quindi tutto il "maturato" rimane in Azienda.

La scelta va espressa con la compilazione di un specifico modulo definito con apposito decreto ministeriale.

Prima di accingersi alla compilazione di suddetto modulo, è indispensabile verificare la data dell'assunzione nell'attuale posto di lavoro e, se antecedente al 31/12/2006, va utilizzato il modello "Tfr1". Nel caso in cui il lavoratore sia stato assunto dopo il 01/01/2007, va utilizzato il modello "Tfr2".

Ma quali scelte possono fare i lavoratori?

MANTENIMENTO DEL TFR IN AZIENDA

Informazione poco diffusa ma possibile, è la scelta per il dipendente di mantenere il TFR in azienda non modificando la situazione già in atto. Con quest'opzione il lavoratore potrà ricevere al momento della cessazione del rapporto di lavoro tutto il TFR, compreso quello maturato anche dopo il 1° gennaio 2007. **È opportuno precisare che la scelta di mantenere il TFR in Azienda potrà in ogni momento essere revocata, mentre, al contrario, la scelta di trasferire il proprio TFR maturando ad una forma pensionistica è irrevocabile.**

TRASFERIMENTO DEL TFR A FONDO PENSIONE

Il lavoratore può in alternativa scegliere di destinare il TFR maturando ad un fondo di previdenza complementare. La scelta può essere quella di aderire ad un fondo previsto dal

contratto di lavoro applicato detto anche "di categoria" o "negoziale" o "chiuso", oppure può decidere per un Fondo aperto, ossia un fondo gestito da Banche, Società d'Intermediazione Mobiliare o fondi d'investimento o ancora stipulando contratti d'assicurazione sulla vita con finalità previdenziali. Un'altra possibilità all'interno di questa opzione è quella di destinare solo una parte del TFR maturando ai fondi pensionistici integrativi. Ad esempio destinando il 50% della quota di TFR al fondo di categoria o nei fondi gestiti da Banche e lasciare in azienda il rimanente 50%.

MANCATA MANIFESTAZIONE DELLA VOLONTÀ (silenzio assenso)

Nel caso in cui non si esprima una scelta, il datore di lavoro trasferirà il TFR maturando al fondo di previdenza "di categoria", previsto dal contratto collettivo in essere, qualora esistano più fondi "di categoria" il TFR maturando sarà destinato al fondo a cui abbia già aderito il maggior numero di lavoratori. In assenza di una forma pensionistica collettiva di cui sopra, il datore di lavoro trasferisce il TFR maturando al "FONDINPS", Fondo di Previdenza Complementare istituito presso l'INPS, creato per raccogliere i TFR dei contratti che non hanno ancora istituito fondi "di categoria".

Informazione addizionale, di cui ritengo utile portarvi a conoscenza, è la notizia che l'ENPAPI sta valutando l'opportunità di proporsi come soggetto per offrire la tutela previdenziale complementare anche ai professionisti dipendenti almeno del settore privato. Sono in corso al riguardo approfondimenti giuridici per accertare la possibilità proprio per i Professionisti Infermieri dipendenti privati (leggi cliniche, case di cura, fondazioni ed altro) di poter usufruire di questa forma di protezione. Nel caso si apra questa possibilità, l'ENPAPI

8

TFR
perché, dove, come, quando?

potrebbe aderire al "Fondo Pensione Professional Welfare", costituito nell'ambito dell'Associazione degli Enti Previdenziali Privati, arricchendo così la scelta dei fondi "di categoria" a cui i Professionisti Infermieri potrebbero aderire.

Alla luce di queste informazioni se ne desume quindi che qualora non si abbiano ancora le idee chiare e soprattutto non esiste una forma di previdenza complementare di "categoria" di cui si dispone uno "storico" della gestione con i valori indicizzati di rendita, la scelta di cauta attesa lasciando presso l'Azienda il TFR riservandosi per un futuro una scelta ponderata è forse quella più consigliabile.

Situazione a parte è il capitolo riguardante i Professionisti dipendenti del pubblico impiego per i quali è stata stipulata, il 6 marzo 2007, l'ipotesi d'accordo istitutivo del Fondo di previdenza complementare in favore dei dipendenti delle Regioni, delle autonomie locali e del SSN. I destinatari saranno i Professionisti dipendenti ai quali si applicano i CCNL sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali e dall'A-

RAN per il SSN. Appena avremo informazioni più precise al riguardo, provvederemo ad informarvi sulle norme attuative in merito alla questione che interessa una grande parte degli iscritti al Collegio IPASVI.

Sperando di aver aiutato a comprendere un po' meglio un argomento così delicato, ritengo utile citare il sito internet www.tfr.gov.it dove è possibile consultare la normativa in oggetto e che ulteriori informazioni sono anche disponibili presso le sedi di tutte le sigle sindacali.

Legenda

"TFR maturato" > Tutto il trattamento di fine rapporto maturato sino al 31/12/2006.

"TFR maturando" > Il trattamento di fine rapporto che maturerà dal 01/01/2007 sino alla data di dimissione o pensionamento.

Bibliografia

- > D.L. 205 del 2 dicembre 2005.
- > Legge 243 del 23 agosto 2004.
- > Comunicazione ENPAPI del 22 marzo 2007.

perché
dove **TFR** *come*
quando

La gestione del paziente tracheotomizzato

9

A cura di Laura Colombo - Introduzione a cura di Marco Mazzoleni

La tracheotomia è un'apertura chirurgica della trachea che ha lo scopo di creare una nuova via aerea bypassando la glottide, per poter introdurre dall'esterno una cannula (è una semplice breccia tra cute e trachea e si differenzia dalla tracheostomia che invece è un abboccamento della cute ai margini di apertura della trachea e viene eseguita per situazioni di lunga permanenza). Le indicazioni principali a queste tipi di intervento sono:

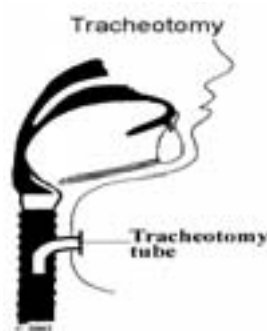
- tutti i casi di emergenza che comportano una grave insufficienza respiratoria (importanti lesioni cranio-cerebrali, del massiccio facciale e della laringe), corpi estranei, paralisi delle corde vocali;
- interventi di chirurgia parziale e ricostruttiva della laringe, grosse demolizioni del cavo orale e dell'oro-ipofaringe,
- alcuni casi di flogosi acuta della laringe con edema importante che non risponde alla terapia medica.

La tracheotomia può essere eseguita d'urgenza o programmata, temporanea, permanente o profilattica.

LA GESTIONE DEL PAZIENTE

Requisito fondamentale per affrontare con competenza e professionalità l'assistenza a questo tipo di paziente è la formazione intesa come bagaglio teorico -"SAPERE"- e pratico -"SAPER FARE"- di tutta l'equipe. È responsabilità del medico la scelta del tipo di cannula da adottare sulla base di una attenta valutazione clinica e anatomica del paziente e soprattutto in ambiente riabilitativo, la scelta deve essere vincolata anche dalla realtà familiare e sociale in cui il paziente si verrà a trovare alla dimissione. L'apertura della trachea e la presenza di una cannula tracheale, causano un'importante modificazione dell'equilibrio fisiologico della meccanica respiratoria, alte-

rando flussi e resistenze e traumatizzando la mucosa ciliata delle trachea, estremamente reattiva, che può andare incontro ad indesiderate alterazioni che possono inficiare, se non controllate, il risultato funzionale della tracheotomia (infezioni, granulazioni, stenosi). La corretta gestione della cannula tracheale e della tracheotomia, nel periodo postoperatorio, è tanto importante quanto la corretta tecnica chirurgica. La fistola tracheo-cutanea, e la presenza di un corpo estraneo come la cannula tracheale, oltre ad alterare gli equilibri fisiologici della meccanica respiratoria e del trasporto mucoso, rappresentano i presupposti ideali per l'insorgenza di complicanze locali di tipo infiammatorio, meccanico e traumatico.



Un costante e corretto intervento di nursing, soprattutto nel delicatissimo periodo che va dall'immediato post operatorio fino al momento in cui si è ristabilito un equilibrio fisiologico o para fisiologico nella zona della

tracheotomia è indispensabile per evitare complicanze. In questa fase gioca un ruolo



10

La gestione
del paziente tracheotomizzato

fondamentale non solo il controllo medico ma soprattutto il corretto addestramento del personale infermieristico sulla gestione della tracheotomia e il suo puntuale e frequente intervento nella cura della stessa.

LE CANNULE TRACHEALI

La cannula tracheale è nata con la tracheotomia come strumento indispensabile per mantenerla pervia così da consentire un regolare flusso d'aria. Grazie alla ricerca di nuovi materiali e forme, le cannule, nel corso degli anni, sono state rese più adattabili alle diverse conformazioni anatomiche e inerti nei confronti dei tessuti; sebbene la tecnologia stia ottenendo risultati sempre migliori, ci si potrà avvicinare alla perfezione, ma per non dare problemi la cannula tracheale dovrebbe semplicemente ... non esserci!

Caratteristiche generali

La cannula tracheale è composta da tre elementi:

- **cannula**: mantiene la tracheostomia pervia consentendo una normale respirazione. La parte curva del tubo è posizionata in trachea, mentre la flangia nella parte esterna;
- **mandrino**: è posto all'interno della cannula nella fase di posizionamento. Facilita l'introduzione della cannula;
- **controcannula**: viene inserita dentro la cannula dopo il posizionamento e serve a mantenere pulita la cannula interna dalle secrezioni evitando che questa debba essere rimossa durante le manovre di pulizia. Riduce il diametro interno della cannula.

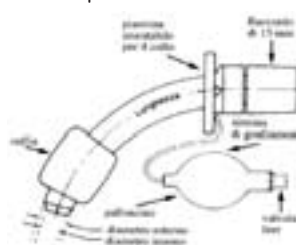
Classificazione generale delle cannule tracheali

Per la grande varietà delle cannule a disposizione è difficile una classificazione precisa. Tuttavia si evidenziano delle caratteristiche

che accomunano le cannule in classi generali, ciascuna delle quali potrà essere suddivisa in sottoclassi a seconda delle caratteristiche peculiari. La I.S.O. (International Organization for Standardization) ha stabilito dei parametri entro cui devono rientrare le caratteristiche delle cannule.

Caratteristiche delle cannule tracheali

Intrinseche: presenti in tutte le cannule anche se con parametri diversi.



1. Diametro
2. Forma
3. Lunghezza
4. Flangia
5. Tratto esterno
6. Punta

Estrinseche: sono quelle che differenziano le cannule tra di loro.



1. Cannule cuffiate
2. Cannule non cuffiate
3. Cannule fenestrate
4. Cannule con caratteristiche particolari



La gestione del paziente tracheotomizzato

1 1

Procedure di gestione della cannula e della tracheotomia

Gestione dello stoma

Lo stoma è una via creata artificialmente, pertanto si viene a creare una soluzione di continuo tra la trachea e l'esterno; dovrà essere frequentemente medicato e deterso mantenendo la zona più asciutta possibile.

Ruolo dell'Infermiere

È fondamentale che l'Infermiere svolga le seguenti operazioni:

- avvisare il paziente, se possibile, della manovra di medicazione;
- identificare all'ingresso del paziente il metodo con cui è stata eseguita la stomia consentendo di pianificare in modo ottimale il cambio cannula;
- preparazione del materiale di medicazione sterile: guanti, pinze, forbici, arcelle, soluzioni detergenti e disinfettanti, garze, pomate antisettiche, set di fissaggio, tamponi per eventuali esami colturali;
- accurata igiene del collo e della zona circostante la tracheostomia, pulizia con acqua e sapone neutro;
- controllare lo stato della cute peristomale, segnalando la presenza di eventuali arrossamenti, infiltrati, enfisema, granulomi;
- verificare e segnalare tempestivamente la presenza di secreti peristomali che per colore, odore o consistenza possono far sospettare un'infezione della cute dello stoma;
- asportare l'eventuale presenza di secrezioni presenti con l'utilizzo di garze sterili imbevute con acqua ossigenata diluita al 50% e con soluzioni saline;
- disinfettare lo stoma con soluzioni antisettiche non alcoliche;
- interporre tra la cute e la flangia un presidio in grado di garantire una corretta protezione, di ridurre l'attrito e di assorbire sudore e secrezioni;
- controllare la fascetta di fissaggio. Utilizzare fascette di tessuto morbido, assorbente;
- durante le manovre è utile tenere sempre la cannula con il pollice e l'indice e non rimuovere completamente il sistema di fissaggio ma allentarlo parzialmente;
- assicurarsi che siano a disposizione sempre cannule di vario tipo e calibro e una pinza di Laborde.

Pulizia della cannula e controcanala

La presenza della cannula in trachea, la riduzione dell'aria inspirata umidificata dovuta alla mancanza del filtro nasale, provocano soprattutto nella fase iniziale un importante aumento delle secrezioni bronchiali e della loro vischiosità, peggiorate spesso dalla frequente sovrainfezione batterica. La pulizia deve essere frequente e puntuale sia mediante aspirazione sia mediante il metodico lavaggio della controcanala il cui scopo principale è di consentire la pulizia della cannula senza doverla continuamente rimuovere dalla sua sede. Vanno dunque effettuate alcune importanti manovre, in particolare:

- mettere la cannula e controcanala (di qualsiasi materiale metallica, pvc ecc.) in



12

La gestione
del paziente tracheotomizzato

soluzione preparata con 50% H₂O₂ e 50% di soluz. fisiologica, lasciarla per 5 min.;

- rimuovere le secrezioni con scovolino in nylon per il lume interno della cannula;
- risciacquarla con soluzione fisiologica;
- asciugarla;
- reinserirla nello stoma.

Aspirazione tracheale

Nei pazienti con una tracheotomia recente si ha normalmente una notevole produzione di secrezioni tracheobronchiali dovute principalmente alla diminuzione drastica dell'umidificazione dell'aria respirata. Questo facilita il rischio di formazioni crostose che possono formare tenaci tappi mucosi che talvolta possono occludere totalmente il lume della trachea o della cannula oppure possono rappresentare l'ideale terreno di coltura per germi patogeni.

Indicazioni all'aspirazione

- Insufficienza e ridotta efficienza della tosse
- Presenza di bolle di muco nella cannula
- Gorgoglii all'auscultazione
- Difficoltà di respirazione
- Bassa saturazione di ossigeno
- Cianosi
- Aumento della pressione inspiratoria nei pazienti con ventilazione assistita
- Richiesta del paziente
- Stridore o cambiamenti nel suono respiratorio

Procedura di aspirazione

L'aspirazione deve avvenire con tecnica sterile. Va utilizzato un catetere d'aspirazione da 10F-16F e comunque non più grande della metà del diametro interno della cannula. La pressione d'aspirazione non deve superare gli 80-120 mm Hg (una pressione maggiore potrebbe causare un collasso del tessuto pol-

monare o traumi alla mucosa tracheale). Inoltre va ricordato che il catetere di aspirazione deve essere mantenuto sempre in movimento onde evitare danni alla parete tracheale. È fondamentale ricordarsi che l'aspiratore aspira non solo le secrezioni ma anche aria quindi bisogna introdurlo non troppo profondamente (per evitare danni alla trachea e alla carena). Se il paziente collabora gli si può chiedere di tossire per facilitare l'emissione delle secrezioni.

Ritirare lentamente il catetere tracheale e non introdurlo oltre l'estremo distale della cannula. Ogni aspirazione non dovrebbe superare i 10 secondi per permettere al paziente di respirare tra un'aspirazione e l'altra. Si deve provvedere a lavare il catetere usato aspirando acqua sterile. Per facilitare la rimozione di secrezioni tenaci e dense può essere utile l'istillazione di soluzione fisiologica (1-2 ml) attraverso la tracheotomia al fine di provocare accessi di tosse particolarmente violenti che aiutano l'espulsione ed il distacco di eventuali croste.

Il lavaggio tracheobronchiale deve avvenire previa l'asportazione della controcanula (in caso di tracheotomia) e previa asportazione totale della cannula (tracheostomia). Per ridurre la produzione e la viscosità delle secrezioni polmonari è di gran lunga più efficace adottare i seguenti sistemi preventivi:

- idratazione sistemica;
- umidificazione sistemica e frequente dell'ambiente;



La gestione del paziente tracheotomizzato

13

- utilizzo del "naso artificiale" sulla cannula;
- fisioterapia polmonare;
- farmaci mucolitici;

Lo svezzamento del paziente tracheotomizzato dalla cannula tracheale: la decannulazione

Nei pazienti in cui è stata praticata una tracheotomia temporanea è molto importante stabilire precocemente la ripresa della respirazione fisiologica anche in presenza della cannula tracheale; questo per ridurre il più possibile i tempi di permanenza della cannula una volta cessata la sua validità permettendone, appena possibile, la rimozione senza rischi. È quasi sempre necessario un periodo di "svezzamento" dalla cannula tracheale una volta che si è risolto in tutto o in parte la causa che ha reso necessaria la tracheotomia. Il periodo di "svezzamento" prevede il posizionamento di una cannula fenestrata che viene tappata per periodi sempre più lunghi fino a rimanere chiusa permanentemente per un tempo sufficientemente lungo da permettere di poter pensare ad una rimozione della stessa senza rischi per il paziente. Si procede semplicemente alla rimozione della cannula, praticando una semplice medicazione a piatto dello stoma che per meccanismi di ritorno elastico dei tessuti e di pressioni negative inspiratorie, tenderà a chiudersi spontaneamente.

Dimissione del paziente cannulato

In caso di tracheotomia permanente o tracheostomia il paziente dovrà essere dimesso con la cannula tracheale in sede e dovrà essere istruito circa la gestione autonoma dello stoma e la pulizia della cannula nonché mes-

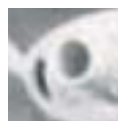
so in guardia e preparato per affrontare le eventuali problematiche ad essa connesse. Vengono consegnati i moduli per la fornitura di protesi da portare al distretto di appartenenza, che fornirà le cannule e l'aspiratore per la broncoaspirazione. I pazienti sottoposti a laringectomia totale verranno indirizzati ad una scuola specifica per la rieducazione vocale.

L'infermiere riveste un ruolo importante insegnando al paziente, durante la degenza, l'autogestione della tracheotomia ed in particolare le modalità di estrazione e pulizia, con l'apposito scovolino, della cannula, il riconoscimento e la presenza di eventuali complicazioni, le modalità di utilizzo della cannula fenestrata ai fini fonatori, l'addestramento all'uso dell'umidificatore e dell'aspiratore tracheale.

È importante abituare il paziente alla sua nuova situazione, facendogli estrarre ripetutamente la controcanula prima davanti allo specchio poi, senza ausilio fino a che arrivi alla completa autosufficienza. In caso d'incapacità del paziente per limiti motori o neurologici dovranno essere addestrati allo stesso modo i familiari.

Bibliografia

- > "Le tracheotomie" di E. Colombo.
- > "Gestione della cannula tracheostomica" protocollo di L. Zanovello, C. Ruffo, P. Frattini, G. Lo Nardi.
- > "Guida all'uso domiciliare per adulti" di Tyco Healthcare.
- > "Bollettino ARIR Il nursing del paziente tracheotomizzato in riabilitazione" di G. Giusani.



14

Bilancio preventivo 2007

Conto consuntivo 2006

CONTO CONSUNTIVO 2007 Collegio IPASVI di Bergamo

Approvato dal Consiglio Direttivo il 27 febbraio 2007

RENDICONTO FINANZIARIO-ENTRATE

	PREVISIONI	RISCOSSE	DA RISCOUTERE	TOTALE €
Nuove iscrizioni	6.240,00	8.580,00		8.580,00
Quote immatricolazione	3.120,00	5.964,00		5.964,00
Rinnovo iscrizione quota esattoriale	302.276,00	296.307,20	6.017,50	302.324,70
Rinnovo iscrizione C/C postale o cassa	2.912,00	2.652,00		2.652,00
ENTRATE EFFETTIVE ORDINARIE	314.548,00	313.503,20	6.017,50	319.520,70
Distintivi cont. auto e tariffari	10,00	2,50		2,50
Certificazioni	500,00	348,00		348,00
ALBI	25,00			
Entrate Diverse		1.124,77		1.124,77
Interessi Attivi	2.000,00	2.857,26		2.857,26
Iscrizione convegni	40.000,00	13.387,00		13.387,00
Rimborsi vari		20,83		20,83
Rimborsi Federazione		869,50		869,50
ENTRATE EFFETTIVE STRAORDINARIE	42.535,00	18.609,86		18.609,86
ENTRATE	357.083,00	332.113,06	6.017,50	338.130,56
Ritenute dipendente	20.000,00	11.180,06		11.180,06
Ritenuta d'acconto	10.000,00	6.498,86	26,17	6.525,03
Ritenuta su prestazione occasionale	8.500,00	5.321,48		5.321,48
ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	38.500,00	23.000,40	26,17	23.026,57
TOTALE ENTRATE €	395.583,00	355.113,46	361.157,13	6.043,67
Utilizzo dell'avanzo di amministr. iniziale	92.310,96			16.855,80
TOTALE GENERALE €	487.893,96			378.012,93

RENDICONTO FINANZIARIO-USCITE

	PREVISIONI	RISCOSSE	DA RISCOUTERE	TOTALE €
Affitto e spese condominiali	21.000,00	18.329,19		18.329,19
Spese di pulizia	6.200,00	4.767,25	397,20	5.164,45
Telefono e Fax	9.000,00	8.336,58	441,00	8.777,58
Enel	2.000,00	1.198,43		1.198,43
Assicurazione Sede	1.500,00	549,77		549,77
FUNZIONAMENTO SEDE	39.700,00	33.181,22	838,00	34.019,42
Cancelleria	6.500,00	2.012,71		2.012,71
Stampati	16.936,00	7.567,75		7.567,75
Spese Postali	18.000,00	8.328,17		8.328,17
Rimborso quota iscritti	2.600,00	1.039,84		1.039,84
Mobili arredi	2.000,00	722,73		722,73
Aggio e quote esattoriali	20.000,00	18.860,89		18.860,89
Informatizzazione	12.000,00	9.708,34		9.708,34
Oneri Bancari	800,00	322,08		322,08

Bilancio preventivo 2007

Conto consuntivo 2006

15

Consulenze	20.000,00	18.221,55	678,20	18.899,75
Fotocopiatrice e Fotocopie	5.600,00	3.796,55		3.796,55
Distintivi e Contrassegni Auto	920,00			
FUNZ. SEGRETERIA E TESORERIA	105.356,00	70.580,61	678,20	71.258,81
Contributi quota Federazione	58.000,00	54.757,77		54.757,77
Consigli Nazionali	5.000,00	1.910,00	2.454,59	4.365,00
Contributi quota Regionale	1.600,00	1.500,00		1.500,00
Federaz.Nazionale Coordinam. Regionale	64.600,00	58.168,18	2.454,59	60.622,77
Spese Rappresentanza	5.000,00	4.945,90		4.945,90
Assicurazione C.D. e C.R.C.	1.400,00	1.275,65		1.275,65
Indennità carica Presidente	5.982,10	5.879,39		5.879,39
Indennità carica Vicepresidente	4.175,10	4.146,26		4.146,26
Indennità carica Segretario	4.175,10	4.118,23		4.118,23
Indennità carica Tesoriere	4.175,10	4.175,10		4.175,10
Gettoni C.D. e C.R.C.	13.500,00	478,13	13.006,40	13.484,53
Viaggi e trasferte	5.500,00	5.109,17		5.109,17
ORGANI COLLEGIALI	43.907,40	30.127,83	13.006,40	43.134,23
Aggiornamento Consiglieri e Revisori	13.000,00	11.226,12		11.226,12
Acquisto libri e abbonamento riviste	3.680,00	2.273,89		2.273,89
Attività formativa	40.000,00	21.313,45	7.664,04	28.977,49
Promozione Immagine	18.000,00	4.246,35	4.599,68	8.846,03
Gettone di presenza gruppi di lavoro	8.500,00	201,87	6.913,59	7.115,46
Commissione certificazione Qualità ISO	1.500,00	1.080,00		1.080,00
Gestione sito Collegio	3.000,00	195,15		195,15
Rivista	13.650,29	4.019,60	9.309,32	13.328,92
ATTIVITA' CULTURALI	101.330,29	44.556,43	28.486,63	73.043,06
Retribuzioni	80.000,00	71.410,67	12,40	71.423,07
Lavori occasionali	1.000,00			
Accantonamento fine rapporto	3.500,27			
SPESE PERSONALE DIPENDENTE	84.500,27	71.410,67	12,40	71.423,07
Spese impreviste	10.000,00	1.485,00		1.485,00
SPESE IMPREVISTE	10.000,00	1.485,00		1.485,00
USCITE €	449.393,96	309.509,94	45.476,42	354.986,36
Ritenute dipendente	20.000,00	11.094,08	85,98	11.180,06
Ritenute d'acconto	10.000,00	5.901,98	745,416.	647,39
Ritenuta su prestazione occasionale	8.500,00	5.199,12		5.199,12
USCITE PER PARTITE DI GIRO	38.500,00	22.195,18	831,39	23.026,57
TOTALE USCITE €	487.893,96	331.705,12	46.307,81	378.012,93
TOTALE GENERALE €	487.893,96			378.012,93

Il Segretario, **Belometti Dolores**
Il Presidente, **Mazzoleni Beatrice**
Il Tesoriere, **Zanella Flavia**

16

Bilancio preventivo 2007

Conto preventivo 2006

Collegio IPASVI BG

PREVENTIVO FINANZIARIO GESTIONALE - ENTRATE 2007

	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
Avanzo iniziale di amministrazione presunto	90.849,17	
Fondo Cassa iniziale presunto		125.379,31
Nuove iscrizioni	10.400,00	10.400,00
Quote immatricolazione	5.200,00	5.200,00
Rinnovo iscrizione quota esattoriale	307.944,00	320.083,00
Rinnovo iscrizione C/C postale o cassa	4.784,00	4.784,00
Quote esami	540,00	540,00
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI	328.868,00	341.007,00
Distintivi cont. auto e tariffari	10,00	10,00
Entrate Diverse	1.200,00	1.200,00
Interessi Attivi	2.000,00	2.000,00
Iscrizione convegni	52.000,00	52.000,00
ENTRATE EFFETTIVE STRAORDINARIE	55.210,00	55.210,00
ENTRATE CORRENTI €	384.078,00	396.217,00
Ritenute dipendente	20.000,00	20.000,00
Ritenuta d'acconto	10.000,00	10.026,17
Ritenuta su prestazione occasionale	8.500,00	8.500,00
ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	38.500,00	38.526,17
Riepilogo Complessivo dei Titoli		
ENTRATE CORRENTI	384.078,00	396.217,00
ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	38.500,00	38.526,17

TOTALE ENTRATE €**422.578,00****434.743,17**

Utilizzo dell'avanzo di amministrazione iniziale

90.849,17

125.379,31

TOTALE GENERALE €**513.427,17****560.122,48****PREVENTIVO FINANZIARIO GESTIONALE - USCITE 2007**

Affitto e spese condominiali	24.500,00	24.500,00
Spese di pulizia	6.000,00	6.397,20
Telefono e Fax	8.000,00	8.441,00
Enel	1.500,00	1.500,00
Assicurazione Sede	1.000,00	1.000,00
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICIO	41.000,00	41.838,20
Cancelleria e Stampati	12.740,00	12.740,00
Spese Postali	11.500,00	11.500,00
Rimborso quota iscritti	1.200,00	1.200,00
Mobili ed impianti	4.500,00	4.500,00
Aggio e quote esattoriali	20.000,00	20.000,00
Oneri Bancari	800,00	800,00
Consulenze	18.000,00	18.678,20
Fotocopiatrice e Fotocopie	5.000,00	5.000,00
USCITE PER ACQUISTO DI BENI E DI CONSUMO	73.740,00	74.418,20

Bilancio preventivo 2007

Conto consuntivo 2006

17

Contributi quota Federazione	60.000,00	62.454,59
Consigli Nazionali	4.000,00	4.000,00
Contributi quota Regionale	1.600,00	1.600,00
FEDERAZ.NAZIONALE COORDINAM. REGIONALE	65.600,00	68.054,59
Spese Rappresentanza	4.000,00	4.000,00
Assicurazione C.D. e C.R.C.	1.500,00	1.500,00
Indennità carica Presidente	5.800,00	5.800,00
Indennità carica Vicepresidente	4.300,00	4.300,00
Indennità carica Segretario	4.300,00	4.300,00
Indennità carica Tesoriere	4.300,00	4.300,00
Gettoni C.D. e C.R.C.	13.500,00	26.506,40
Viaggi e trasferte	6.000,00	6.000,00
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	43.700,00	56.706,40
Aggiornamento Consiglieri e Revisori	3.000,00	3.000,00
Acquisto libri e abbonamento riviste	2.950,00	2.950,00
Attività formativa	43.000,00	51.051,54
Promozione Immagine	7.000,00	11.599,68
Gettone di presenza gruppi di lavoro	7.540,00	14.453,59
Commissione certificazione Qualità ISO	1.500,00	1.500,00
Gestione sito Collegio	1.500,00	1.500,00
Rivista	11.047,14	20.356,46
Rimborso iscrizioni convegni	7.000,00	7.000,00
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	84.537,14	113.411,27
Retribuzioni	79.999,28	80.011,68
Lavori occasionali	2.000,00	2.000,00
Accantonamento fine rapporto	17.133,43	17.133,43
Indennità trattamento fine rapporto	10.217,32	10.217,32
Corsi aggiornamento	1.500,00	1.500,00
ONERI PER IL PERSONALE IN ATTIVITÀ DI SERVIZI	110.850,03	110.862,43
Spese impreviste	7.500,00	7.500,00
Spese future	48.000,00	48.000,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	55.500,00	55.500,00
USCITE CORRENTI €	474.927,17	520.791,09
USCITE IN CONTO CAPITALE		
Ritenute dipendente	20.000,00	20.085,98
Ritenute d'acconto	10.000,00	10.745,41
Ritenuta su prestazione occasionale	8.500,00	8.500,00
USCITE PER PARTITE DI GIRO	38.500,00	39.331,39
Riepilogo Complessivo dei Titoli €		
USCITE CORRENTI	474.927,17	520.791,09
USCITE PER PARTITE DI GIRO	38.500,00	39.331,39
Totale €	513.427,17	560.122,48
TOTALE USCITE €	13.427,17	560.122,48
TOTALE GENERALE €	513.427,17	560.122,48

Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca

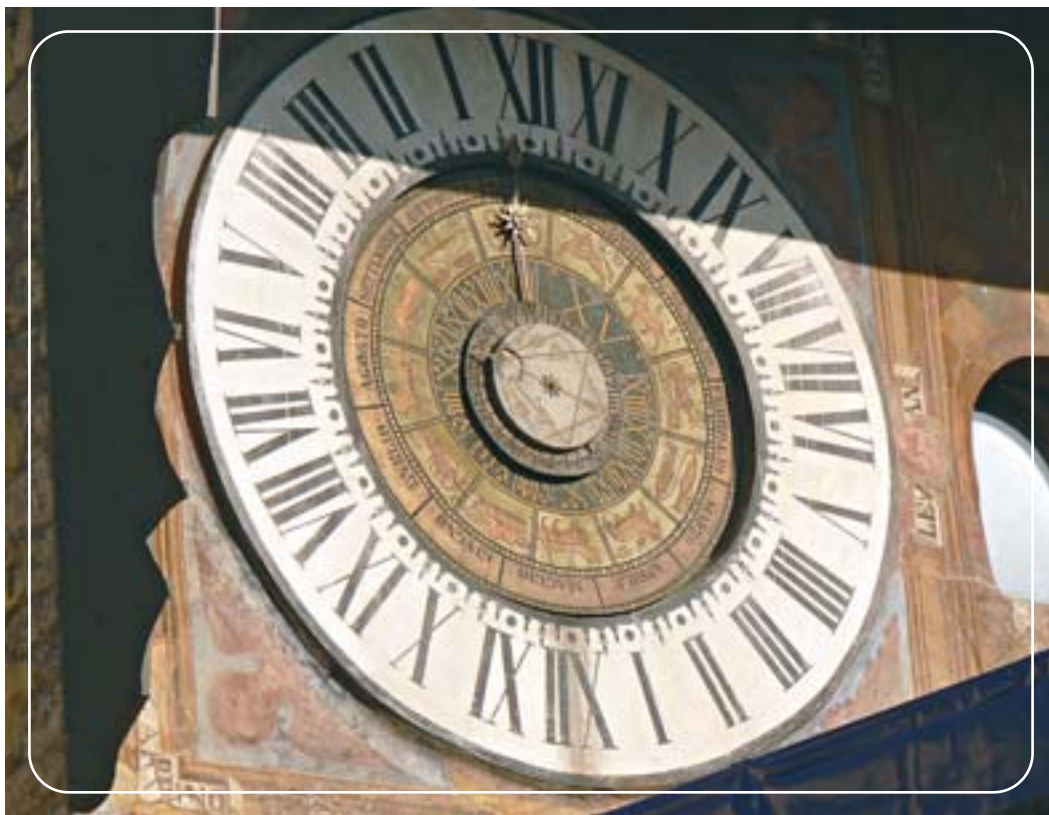
Seconda tappa: l'Ospedale "San Biagio" di Clusone - A cura di Marina Lanzi

Con il 2007 riprende dall'Ospedale di Clusone il programma di interviste che vedrà coinvolti diversi colleghi di tutti gli angoli della Provincia, in un aperto confronto sulle metodologie di lavoro e attraverso un'analisi del percorso professionale che ci ha visti coinvolti soprattutto in questi ultimi anni, sempre ricordando che rimaniamo ottimisti in merito all'effettiva e completa approvazione della Legge 43/06.

Siamo in alta Valseriana presso il Presidio di Clusone che fa parte dell'Azienda Ospediera di Seriate e copre il fabbisogno assistenziale degli utenti residenti nella parte più settentrionale dell'Alta Valle Seriana sino a Valbondione e Lizzola; qua incontro tre colleghe che ri-

coprono ruoli gerarchicamente differenti e mi rammarico di aver ristretto il "cerchio" a pochi reparti ma voi capite che sarebbe difficile descrivere la realtà peculiare di ogni specialità e me ne scuso inizialmente.

La storia e i vissuti delle colleghe sono diversissimi e questo è bene tenerlo presente anche per le risposte in parte differenti datemi alle stesse domande: incontro **Milena Mauri** dell'Ufficio Infermieristico che proviene dalla realtà di Monza e che ha concluso gli studi con la Laurea nel 2005; la Coordinatrice del reparto di Medicina, **Susanna Bellini**, proviene da precedenti realtà in ambito psichiatrico, territoriale; infine l'Infermiera **Cristiana Savol-delli** che dal 1999 lavora in Medicina.



Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca

19

Entriamo nel merito della questione, riproponendo le domande poste ai colleghi dei Riuniti nel precedente numero; partiamo chiedendo di dare un voto, da 1 a 10, in merito all'attività svolta dagli Infermieri all'interno di una unità operativa e di trovare un aggettivo che qualifichi la Professione Infermieristica; Milena, dell'Ufficio Infermieristico, è una persona molto ottimista e "positiva" che pensa alla categoria infermieristica come a dei veri e propri "Professionisti" a cui dare il massimo voto nella scala da 1 a 10 anche se non nasconde che esiste ancora una visione del lavoro piuttosto "medicocentrica" con presenza di rigidità riscontrate maggiormente nella classe medica. L'Infermiere, questo tiene a sottolinearci, è un collaboratore del Medico e non un suo sottoposto. Il discorso poi prosegue e chiedo come, a suo modo di vedere sia cambiato il modo di lavorare negli ultimi anni rispetto agli anni '70-'80. A giudizio di Milena Mauri il comportamento e il modo di lavorare degli Infermieri è notevolmente mutato, attraverso un percorso di consapevolezza del proprio campo d'azione: si riscontra un rapporto di collaborazione ottimistica e non solo di ausiliarità. Tali potenzialità si scontrano con la realtà dei progetti, dei miglioramenti, con le dotazioni organiche di cui comunque la realtà di Clusone non pare soffrire, come mi viene riferito da Milena Mauri. Mi parla molto bene di quel "senso di appartenenza" proprio di una realtà locale piuttosto isolata, in cui i colleghi che vi lavorano sono del territorio circostante: qua non si è ancora assistito all'ingresso di Cooperative come in altre realtà, o all'arrivo di colleghi stranieri e sono ancora pochi i colleghi neo-laureati assunti. Durante la chiacchierata si finisce inevitabilmente per parlare degli Operatori Socio Sanitari: gli OSS sono stati un problema iniziale, perché non era ancora ben definita la loro collocazione



ed il loro ruolo rispetto a noi Infermieri ma, con il tempo, hanno portato nuovi stimoli ed una ventata di positività. Ho poi chiesto a Mauri se, a suo modo di vedere, gli Infermieri abbiano preso piena coscienza del passaggio dal Mansionario al nuovo Profilo Professionale; lei mi ha risposto che tale storica trasformazione è ben presente nei colleghi dell'Ospedale di Clusone e -secondo la Responsabile del locale Ufficio Infermieristico- attualmente si è provveduto a stendere, ad esempio, protocolli anche inerenti il prelievo arterioso effettuato dall'Infermiere. Il Mansionario stava "stretto" all'Infermiere e quando è sopraggiunta la regolamentazione del Profilo Professionale, si è provveduto a "ufficializzare" certe azioni che già venivano effettuate. E i rapporti con i medici? Nel rapporto col Medico si riscontra collaborazione, alcune funzioni vengono forse vicariate ma non siamo in presenza di situazioni di sudditanza, questo si sente di dire Milena Mauri. Ma secondo Milena Mauri, l'Infermiere è colui che segue o esegue la terapia? L'Infermiere né segue né esegue la terapia; questo è un vecchio schema lavorativo che è stato sostituito dal concetto di gestione. Per il professionista conoscere la tipologia del farmaco e la presa di coscienza della prescrizione sono un tutt'uno con l'atto della somministrazione e sono una realtà quotidiana di lavoro. Il discorso scivola

20

*Viaggio nella realtà
infermieristica bergamasca*

poi su alcune storiche problematiche della nostra pratica quotidiana: ma è proprio necessaria la presenza di un Infermiere quando il medico svolge attività ambulatoriale? e come mai tocca sempre all'Infermiere il ripristino del materiale utilizzato? La collega Mauri sottolinea che alcuni Medici, ad esempio degli Ambulatori di Cardiologia, hanno chiesto la presenza di Infermieri durante l'attività ambulatoriale libero professionale, ma ciò è avvenuto su precisa richiesta dei Medici, con la richiesta di adesione attraverso un bando per Infermieri e vi hanno aderito tre colleghi, svolgendo in tal senso libera professione anch'essi. In altri casi il Medico svolge autonomamente l'attività senza presenza dell'Infer-

miere e, se necessario, provvede al ripristino del materiale utilizzato durante la libera professione. Successivamente io e Milena Mauri abbiamo parlato di burocrazia e di tutta la valanga di carte e documenti che l'Infermiere deve quotidianamente smaltire: non ci potrebbe essere più collaborazione con il medico in tal senso? Milena spiega che frequentemente l'Infermiere è chiamato a compiere compiti burocratici e la suddivisione / collaborazione col Medico è soggettiva, quindi varia con la disponibilità personale del Medico...; tuttavia, sulla spinta del percorso di Qualità attivato nell'Ospedale di Clusone, attraverso la compilazione pluriprofessionale del "FOGLIO UNICO" di prescrizione / sommi-



Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca

21

nistrazione terapia e/o altre ed eventuali, il Medico compila la sezione prescrittiva e l'Infermiere la parte attuativa di specifica competenza. Si tratta di un documento comune a tutta l'Azienda Bolognini di Seriate ed è un iniziale passo in avanti nel tentativo di trovare modalità comuni a tutta l'equipe di professionisti. Si è poi parlato della necessità, o meno, della presenza dell'Infermiere durante il giro visita.

All'interno del SITRA si è discusso circa la peculiarità della presenza infermieristica al giro visita e qua tocchiamo un tasto dolente in quanto le realtà sono molto diversificate: nelle specialità chirurgiche il giro visita richiede tempi inferiori e quindi, successivamente, si può ricorrere a rapidi passaggi di informazioni tra Medici e Infermieri. Nella realtà di Medicina si sta tentando di esonerare l'Infermiere dal giro visita introducendo un "briefing" prima del giro e un momento riassuntivo al ritorno del Medico. Intanto però la realtà rende ancora necessaria la presenza dell'Infermiere... Nella realtà di Ostetricia-Ginecologia tutte le mattine si assiste ad un momento di interscambio delle informazioni tra tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura, quindi non solo Infermieri, Ginecologi, Ostetriche ma anche Pediatri ad integrare: questo momento vale tanto quanto un giro visita. Si è infine parlato di ECM, del loro valore professionale e dell'utilità dei corsi formativi per migliorare l'integrazione tra medici ed infermieri: in base alla propria esperienza personale, Milena Mauri è convinta che i corsi formativi siano fondamentali se visti sotto l'aspetto dell'approccio integrato quando l'Infermiere parla dell'assistenza infermieristica e non della clinica. All'interno della realtà dell'Ospedale S. Biagio si assiste a corsi mirati che l'Azienda promuove ma è pur vero che aprirsi alle realtà del territorio provinciale ed oltre è più

arricchente ed è di maggior stimolo per qualunque professionista. Purtroppo si assiste poco all'interscambio professionale a livello formativo tra Medico e Infermiere forse anche a causa delle differenti valutazioni in tema di crediti formativi a cui il sistema ECM ci sottopone.

Dopo i saluti, incontro in Medicina la Coordinatrice **Susanna Bellini**.

Volendo trovare un aggettivo per definire la professione infermieristica si sente di definirla "umana" e sottolinea che oggi questo aspetto è passato in secondo piano a causa dell'aumentata attività burocratica, in risposta della quale si deve sacrificare la vicinanza all'utente. Il ventaglio di patologie presenti in Medicina, la richiesta di esami, la necessità di dover rispondere all'esigenza di esami da eseguirsi al di fuori della realtà locale, portano ad una maggiore mobilità del personale e, per ultimo, la tipologia dell'utenza va ad influire sul carico di lavoro. L'importanza dell'attività infermieristica in reparto è buona, potremmo darle un voto tra il 7 e l'8 e, rispetto al rapporto con Medico, entriamo in un ambito soggettivo: i Medici provenienti da Centri Universitari si rivelano essere maggiormente autonomi e rispettosi dei rispettivi ruoli. Attualmente però in Medicina non ve ne sono e i Medici presenti sono abituati ad essere assistiti nella loro attività di reparto. Un punto di svolta potrà essere un briefing iniziale in cui ritrovarsi per il passaggio delle informazioni prima del giro visita, in modo da evitare di avere due professionisti "bloccati" tutte le mattine dalle ore 9 alle ore 12.30: tale situazione risulta essere particolarmente difficile da gestire dal punto di vista assistenziale per il carico di lavoro che ricade sui colleghi e/o altro personale ausiliario durante quel tempo. Purtroppo l'idea del briefing intanto non è ancora stata attivata anche perché l'Infermiere

per esentarsi dal giro visita deve poter essere certo di disporre di tutte le informazioni utili alla stesura del piano terapeutico-assistenziale e, in assenza di tale certezza, ad oggi è bene presenzi il giro visita. Purtroppo si fatica a cambiare qualcosa. L'utilizzo della griglia del FOGLIO UNICO è stato per il reparto di Medicina del S. Biagio un iniziale passo in avanti sulla strada dei cambiamenti: i cambiamenti nell'Infermiere sono in primis legati al rapporto con l'utenza oggi preparata, informata, che sa far valere i propri diritti e, talvolta, il professionista è impreparato di fronte alle precise richieste dell'utente; spesso si è notato che, nell'immediato, l'Infermiere ha difficoltà a modulare la relazione con l'utenza. Un altro cambiamento si è verificato con la gestione delle figure di supporto in quanto è stato inizialmente difficile far "capire" la responsabilità che lega il professionista al gruppo di lavoro. Oggi ci sono minori difficoltà e nel Reparto di Medicina di Susanna Bellini vi sono quattro O.S.S. in tutto, che per la maggior parte era personale che anche pre-

cedentemente il processo di riqualificazione proveniva dal reparto stesso, era conosciuto e conosceva la tipologia di lavoro; questo in parte ha sanato la reticenza iniziale. Grazie ad un buon rapporto di collaborazione l'Infermiere ha più tempo per l'attività burocratica anche se vi sono aspetti indelegabili che spaziano dalla terapia alla tipologia assistenziale e quindi il percorso è ancora lungo. I cambiamenti richiedono tempi lunghi -sottolinea Susanna Bellini- e ciò è evidente anche per il passaggio dal Mansionario al Profilo Professionale: oggi si richiede quel "qualcosa" che prima era chiesto in maniera informale. Comunque nel reparto tutti si sentono in linea col cambiamento. Oggi il dato concreto di dover essere scrupolosamente dettagliati nel descrivere tutta l'attività di reparto viene vissuto dall'Infermiere in maniera opprimente: con la formulazione degli obiettivi aumenta questo aspetto e, non da ultimo, non tralasciamo gli aspetti legali ed amministrativi. In generale l'Infermiere e il Medico viaggiano insieme nella realtà di corsia della Medicina; oggi i processi di cambiamento sono talmente rapidi che non è più possibile lavorare per "compartimenti stagni", quindi il rapporto collaborativo diventa un "collante" nella quotidianità anche se pochi sono o sono stati gli attriti personali presenti nel reparto che abbiano frenato la collaborazione tra le due componenti. Questa è la realtà di oggi di Susanna Bellini, Coordinatrice della Medicina del S. Biagio di Clusone. L'Infermiere segue o esegue la terapia? Qua ci troviamo a livelli più alti del puro eseguire e con il FOGLIO UNICO di prescrizione e somministrazione della terapia si stemperano le difficoltà di trasmissione dati poichè l'Infermiere ha ben presente l'importanza della riflessione circa il percorso farmacologico al quale è sottoposto l'assistito. Nell'aggravio di lavoro burocratico la collabora-



Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca

23

zione del Medico non sempre trova risposta ed entriamo quindi nel solito ambito soggettivo legato alla disponibilità personale dei singoli professionisti, anche se si descrive una collaborazione maggiore che in passato. I momenti formativi d'interscambio tra Infermieri e Medici sono ricercati e auspicati: il Caposala non può solo fare da tramite. Al Primario di Reparto Dr. Aurelio Maria Comelli è stato chiesto di organizzare una riunione per valutare gli aspetti collaborativi tra i vari membri dell'equipe, ma è pur vero che esistono problemi diversi che sorgono di giorno in giorno e devono essere singolarmente analizzati e ponderati. È certamente necessario un confronto diretto in questa realtà locale di 40 posti letto (comprensivi di 1 Day Hospital) ma in generale si riscontra molta disponibilità da parte della componente medica.

Chiedo di poter parlare con una collega impegnata in corsia. Ho il piacere di poter colloquiare con l'Infermiera **Savoldelli Cristiana** che lavora in Medicina dal 1999, che riferisce di essere soddisfatta di lavorare in questa realtà anche se ne lamenta la pesante quotidianità. Mi soffermo a chiederle un parere sugli aspetti collaborativi con i Medici e mi conferma che là dove si è a contatto con Medici giovani per formazione, questi sono maggiormente autonomi e l'Infermiere è al

loro fianco in qualità di collaboratore. In altri casi l'Infermiere riveste ancora quell'aspetto di sudditanza, chiamiamolo quasi servilismo per provocazione, e stà all'Infermiere ricostruire i ruoli tra le parti. In particolare, il turno di notte è un continuo controllo delle cartelle e si passano ore nella stesura delle consegne, oggi più che in passato. Di questo si lamenta oggi l'Infermiera di corsia. Gli OSS si occupano di una parte dell'attività assistenziale e questo ha concesso all'Infermiere più tempo alla burocrazia ma la burocrazia ha allontanato l'Infermiere dal letto dell'assistito. Cristiana Savoldelli mi parla di cartelle infermieristiche che dovrebbero velocizzare il lavoro di stesura e pianificazione con notizie facilmente individuabili, tra "tabelle e crocette"; ciò non toglie che si è maggiormente oppressi dalla necessità di annotare tutto, non tralasciare parametri vitali, esami (che i Medici non annotano), i bisogni dell'utente... e tanto altro ancora! L'Infermiera della Medicina del S. Biagio di Clusone conclude il nostro colloquio con l'esigenza di dare voce critica all'aspetto collaborativo nell'equipe di cui gli Infermieri sono una delle componenti fondamentali -in questo mi sento di concludere anch'io come Infermiera sul territorio presso il CPS del Matteo Rota O.O.R.R.- il tutto avviene a spese dell'assistito che vediamo ai nostri occhi sempre più sacrificato.



A causa di un disguido tecnico, indipendente dalla nostra volontà, nello scorso numero di Scripta Manent abbiamo pubblicato quella che era soltanto una "bozza" e non la versione definitiva dell'intervista rilasciatoci dalla Dr.ssa Enrica Capitoni, Responsabile della Direzione Infermieristica, Tecnico sanitaria, Riabilitativa ed Ostetrica degli Ospedali Riuniti di Bergamo. Scusandoci per l'inconveniente occorso, pubblichiamo di seguito la Sua intervista.

1 Quando pensa alla categoria infermieristica a quale aggettivo o sostantivo le viene più naturale associarla?

L'infermiere deve possedere un bagaglio di competenze, intese come: conoscenze approfondite, abilità tecniche, capacità di relazionarsi in modo adeguato al paziente. Pertanto, ritengo che "competente" sia l'aggettivo più idoneo a qualificare il professionista oggi.

2 Dovendo dare una valutazione da uno a dieci dell'importanza dell'attività infermieristica, che voto attribuisce? A suo giudizio la valutazione varia dovendo rapportare il tutto all'attività medica?

Potrei attribuire un valore pari a 10, perché sostanzialmente senza la presenza dell'infermiere diventa impossibile la messa in atto di qualsiasi attività di tipo assistenziale. Tuttavia, in un contesto d'equipe, dove le figure professionali che ne fanno parte, sono tutte complementari fra loro, mi risulta difficile ricondurre il tutto ad un valore meramente numerico.

3 Il comportamento ed il modo di lavorare degli infermieri è molto cambiato negli anni, specie se paragoniamo gli anni settanta/ottanta e gli anni più recenti. Quali sono stati, a suo giudizio, i miglioramenti ed i cambiamenti più importanti?

Si sono verificati diversi cambiamenti nel campo dell'assistenza rispetto agli anni '70 e '80 che sono andati di pari passo con l'evoluzione del quadro normativo e gli sviluppi della medicina negli ultimi anni. Basti pensare all'implementazione di tecnologie molto sofisticate che hanno determinato una serie di ripercussioni nelle modalità di lavoro dei

vari professionisti, compresi gli infermieri.

4 Il passaggio dal Mansionario al Profilo Professionale ha sancito l'autonomia della nostra professione. A suo modo di vedere tutti gli Infermieri hanno preso piena coscienza di questo storico cambiamento?

L'istituzione del Profilo Professionale e l'abrogazione del Mansionario hanno sancito la chiusura di un lungo capitolo di ausiliariato e l'apertura di un nuovo di autonomia e di responsabilità. Il passaggio tra il vecchio e il nuovo ha determinato un profondo cambiamento negli infermieri, a cui viene chiesto di essere protagonisti nella programmazione degli interventi assistenziali con la pianificazione e la valutazione dei risultati raggiunti.

5 A suo modo di vedere nell'organizzazione delle varie unità operative esiste ancora una sorta di scala gerarchica in cui l'Infermiere è sottoposto al Dottore? O, in quanto collaboratore del processo assistenziale, deve essere visto sullo stesso livello?

Non a tutti gli infermieri è chiaro il concetto di autonomia. Credo che oggi il panorama infermieristico italiano sia molto variegato, nel senso che vi sono infermieri laureati che lavorano insieme a colleghi diplomati 25/30 anni fa. I cambiamenti culturali intercorsi in questi anni contribuiscono a far sì che vi sia un divario molto ampio fra generazioni professionali. Mi sento di dire che oggi, probabilmente, siamo in una situazione di transizione. Le aree di conflittualità tra medico e infermiere esistono oggi come in passato; vi sono infatti "zone grigie" in cui non è chiaramente definibile il confine fra la competenza medica e la competenza infermieristica e dove entra in gioco la "maturità professionale" e la capacità di collaborazione. Personalmente mi risulta difficile porre a confronto in termini di vissuto personale, l'attuale realtà con il ventennio precedente, poiché allora lavoravo all'Estero in una realtà molto diversa. Certo, conosco la nostra storia e la sua evoluzione avendola studiata e vivendoci dentro. Indubbiamente esistono divergenze e difficoltà nel rapporto medico-Infermiere, ma credo profondamente nell'intelligenza del singolo operatore e nella capacità di collaborare per fornire prestazioni di

qualità al cliente del nostro ospedale. Il rapporto con il medico dovrebbe essere di collaborazione e di dipendenza per quanto concerne l'esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche. Tuttavia, preferisco pensare che vi possa essere una relazione di interdipendenza, in considerazione del fatto che l'uno necessita dell'apporto dell'altro e viceversa.

6 Per quella che è la sua esperienza attualmente l'Infermiere è colui che segue o esegue la terapia prescritta...?

L'Infermiere non ha un ruolo passivo, quindi è corretto che "SEGUA" la prescrizione.

7 Quando i medici esercitano la libera professione all'interno delle strutture ospedaliere, non è prevista la presenza di un Infermiere. Viceversa quando gli stessi medici erogano delle prestazioni a carico del SSN è sempre prevista la presenza di un Infermiere. Come valuta questo tipo di situazione?

La situazione è variegata. Con la Direzione Sanitaria stiamo tentando di fare ordine nel nostro ospedale ed omogeneizzare i comportamenti delle diverse realtà, in quanto non dovrebbero esserci differenze fra l'esecuzione della visita in regime ospedaliero o in libera professione. Protagonisti, però, dovrebbero essere gli stessi infermieri che lavorano nei contesti sanitari e che sarebbe utile si attivassero sia nella segnalazione del problema, che nel delineare possibili soluzioni.

8 A suo modo di vedere a chi competerebbe il ripristino del materiale utilizzato dai medici durante l'attività libero professionale?

Mi risulta difficile entrare nel merito di una risposta così specifica, comunque credo che spetterebbe a colui che ha usato il materiale, se non si è avvalso di altre figure di supporto durante la visita.

9 Spesso e volentieri l'Infermiere è stato utilizzato per compiti che non rientrano propriamente nello specifico Profilo Professionale; frequentemente l'Infermiere è chiamato a compiere compiti meramente burocratici (compilazione richieste, gestione cartelle cliniche, etc...). A suo giudizio ci potrebbe essere una maggiore

collaborazione con la classe medica per suddividersi tali compiti?

Una parte di lavoro burocratico è di competenza infermieristica: basta pensare al tempo da dedicare alla tenuta della documentazione infermieristica. Essere rigidi nel sostenere che un "certo compito non compete" non serve e non è utile, mentre è importante verificare se parte del lavoro che grava in alcune realtà impropriamente sull'infermiere, potrebbe essere ripartito anche sul personale amministrativo di reparto.

10 Un altro aspetto della nostra attività che è causa di continui "confronti" con i medici è quello legato al "giro visita": a suo modo di vedere il "giro visita" potrebbe essere tranquillamente gestito in forma autonoma dal Medico che poi provvederebbe al termine ad aggiornare l'Infermiere su eventuali variazioni terapeutiche?

Per ciò che riguarda il giro visita, nel nostro ospedale, le realtà che hanno scelto modalità differenti. Non esiste uno standard e la trasmissione delle comunicazioni fra professionisti in alcuni casi, avviene durante il giro visita dei pazienti. Il tutto può essere condiviso e ricondotto all'organizzazione interna di reparto.

11 Attualmente la maggior parte dei corsi di aggiornamento ECM riservati ai medici prevedono raramente una quota riservata agli Infermieri. Quasi mai succede che un convegno riservato agli infermieri venga aperto anche ai medici. Ritiene opportuno che vengano aumentati i momenti formativi di confronto tra le due categorie?

Ci sono diversi corsi destinati congiuntamente al personale medico e al personale infermieristico nel nostro ospedale, in base al tema proposto. L'offerta formativa è in costante aumento, non mi sento di escludere l'esistenza di corsi organizzati da infermieri che prevedono la presenza di medici come discenti. In particolare posso citare i "Forum" che come Direzione infermieristica organizziamo e che sono delle iniziative a carattere scientifico e aperte a tutti i professionisti senza distinzione.

Dr.ssa Enrica Capitoni

26

Tel Aviv 28 gen-7 feb 2007 **2° corso "Mass Casualty** **Management for Nurses"**

A cura di Beatrice Mazzoleni



Lo scorso 28 gennaio presso il Chaim Sheba Medical Center di Tel Ashomer - Tel Aviv ha avuto inizio la seconda edizione del corso: "Mass Casualty Management for Nurses" organizzato dal Collegio IPASVI di Bergamo e dal Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research - Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research.

Tale corso è stato organizzato conseguentemente al successo avuto con la prima esperienza avvenuta nel dicembre 2005. La scelta di effettuare un corso di formazione avanzato nello Stato di Israele è avvenuta in conseguenza della ormai nota situazione politica, rendendolo il Paese protagonista del maggior numero di attentati, ma anche con la maggiore e più profonda esperienza a livello mondiale in materia di risposta sanitaria a tali eventi.

L'evento era indirizzato al personale Infermieristico operante in Area Critica ed in particolare nei Dipartimenti d'Emergenza e/o Pronto Soccorso ed è stato proposto alle maggiori Aziende Ospedaliere di tutta Italia, al fine di fornire conoscenze specifiche e approfondite relative alla gestione di un massiccio afflusso di feriti, sia dal punto di vista organizzativo che gestionale e operativo, puntando ad una distribuzione/condivisione di formazione che risulta strategica nell'attuale scenario politico Nazionale e Internazionale.

Proprio gli Infermieri operanti in tale area, infatti, in caso non solo di un attentato terroristico, ma più genericamente di una maxi emergenza, risulterebbero essere tra i primi operatori coinvolti.

Alla segreteria del Collegio IPASVI sono pervenute numerose domande, inoltrate da Infermieri estremamente qualificati e fortemente motivati, questo ha reso estremamente difficile la scelta dei partecipanti, giungendo però alla fine ad ottenere un gruppo omogeneo e caratterizzato da una forte motivazione personale e professionale.

Le lezioni hanno avuto luogo presso il Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research e prevedevano una combinazione di lezioni frontali, simulazioni, esercitazioni ed affiancamenti. I docenti erano i maggiori esperti nel campo, provenienti dai principali Trauma Center di Israele e dal Servizio Sanitario Militare. Le lezioni sono state aperte dal dott. Simon M. Daniel, Responsabile del Trauma Unit dello Sheba medical Center, che ha introdotto i concetti e la differenziazione fra Multiple Casualties Event (MCE) e Mass Casualties Event e presentato l'approccio al paziente traumatizzato che giunge nel dipartimento d'emergenza: la valutazione primaria e secondaria e l'importanza di un corretto uso della diagnostica per immagini ed ematica.

Nel pomeriggio poi le relazioni sono continuate con le lezioni del dott. Mi-

2° corso "Mass Casualty Management for Nurses"

27

chaelson e di Hymes Gila, trauma coordinator del Rambam Medical Center di Haifa. Durante queste lezioni sono state descritte le metodiche di intervento attuate dalla struttura che, essendo collocata a pochi chilometri dal confine con il Libano, sono state messe in atto durante l'ultima guerra, avvenuta l'estate scorsa. Sono state inoltre illustrate definizioni e linee guida relative alle Mass Casualty Situation (MCS), con una panoramica sui punti chiave: approccio, principi e dati sensibili, obiettivi, modalità di suddivisione dei pazienti, importanza del triage extra ed intraospedaliero, passi organizzativi da attuare per gestire correttamente una MCS, ruolo e gestione infermieristica nel dipartimento d'emergenza, concetto di "triage hospital".

Particolare enfasi è stata data all'importanza del team: significato profondo del lavoro di squadra, trauma team e suo "schieramento" intorno al malato, costruzione di modelli efficaci e di soluzioni percorribili.

Sono seguiti, nei giorni successivi approfondimenti inerenti i traumi relativi alle lesioni Craniche e del Collo, Toraciche, Addominali, della Pelvi, degli Arti ed il Trauma nel Bambino.

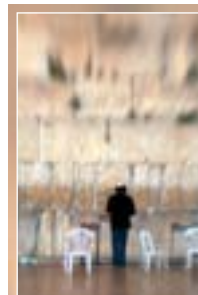
Fra i vari aspetti trattati, particolare interesse ha suscitato l'indicazione del percorso del paziente verso la destinazione definitiva, nel caso di una chiara evidenza clinica, affinché la diagnostica non ritardi o sia d'impedimento all'inizio della terapia, tenendo conto che altri pazienti sono presenti in Dipartimento d'Emergenza ed altri ancora stanno per giungervi. Un utilizzo normale, e quindi ampio, della diagnostica per immagini e della diagnostica ematica, si traduce in sequestro di risorse e di tempo, laddove **perdere tempo può significare perdere il paziente**.

A poche ore dall'inizio delle lezioni giungeva la notizia di un attentato a Elath, località a sud di Tel Aviv, dove un attentatore suicida, si faceva esplodere vicino all'entrata di un negozio.

Bilancio dell'evento: 4 morti e numerosi feriti.

Il fatto rendeva tragicamente attuale l'importanza del corso dimostrando subito ai partecipanti che gli eventi di questo tipo avvengono a prescindere dall'ora, dalle condizioni atmosferiche, dall'accessibilità del luogo, dalla preparazione reale o presunta delle strutture preposte al soccorso sanitario (extra ed intraospedaliero), ma la risposta deve essere obbligatoriamente immediata con l'attivazione di reali automatismi.

Il giorno 1 di febbraio a Petah Tikva, nella locale sede del Magen David Adom (MDA) - l'equivalente del SSUEm 118 italiano - Guy Caspi, responsabile nazionale della formazione ai Mass Casualty Incident, ha presentato ai partecipanti la filosofia d'intervento, la struttura, le funzioni, l'organizzazione ed in particolare le procedure di risposta adottate dal MDA in caso di atto terroristico. Particolare rilievo è stato dato a quelle che vengono considerate le caratteristiche vincenti del sistema: first responder, capacità di ac-





cumulo delle risorse, comunicazioni, informatizzazione (GPS su ogni ambulanza, map screen ed event screen, con integrazione regionale e nazionale dei dati in tempo reale e con una sistematica rivalutazione del tempo di risposta a mezzo elaborazione statistica dei dati, incrociati per area, tipo di patologia etc.).

In altre lezioni sono state poi evidenziate le problematiche relative al triage intraospedaliero: chi lo fa? dove? come?

Contemporaneamente devono essere garantiti trasporti sufficienti, ma anche efficienti, fino alle varie aree di destinazione dei pazienti: con quali mezzi? quale personale? qual è il ruolo del medico di dipartimento o pronto soccorso con funzioni di capoturno?

Quest'ultimo approccio è stato riassunto in tre domande:

- 1) Quali sono i bisogni prioritari?
- 2) Quanti posti letto sono disponibili?
- 3) Le manovre invasive comportano serie

conseguenze operative in termini di risorse umane, materiali ecc. Conosciamo gli effetti delle scelte terapeutiche?

Uno degli interventi che ha colpito maggiormente i partecipanti è stato quello tenuto dalla collega Nava Josefberg, Trauma Coordinator dello CSMC, che ha spiegato l'importanza della sua figura professionale nell'ambito sia della preparazione che della gestione dell'evento all'interno del dipartimento d'emergenza nei diversi scenari. Il trauma coordinator è una delle figure di riferimento all'interno della catena di comando del trauma center, un ruolo che assume una particolare connotazione in caso di MCE ed è rivestita da un Infermiere con elevate capacità professionali e formazione specifica.

La presentazione dei diversi sistemi di valutazione dei pazienti, argomento che normalmente non suscita grande interesse, è stata oggetto di particolare attenzione grazie alla capacità del relatore M. Stein del Rabin Trau-

2° corso "Mass Casualty Management for Nurses"

29

ma Center nel far apprezzare le implicazioni di questa pratica. La raccolta dati è un passo importante dato che il trauma, nei paesi occidentali, è la principale causa di morte prima dei 40 anni, con costi sanitari e sociali estremamente gravosi. Partendo da una suddivisione delle scale di punteggio in anatomiche e fisiologiche è stata posta particolare enfasi sull'importanza di integrare i dati nel **Registro Trauma Nazionale**.

Tale strumento, in Israele risulta essere attivo dal 1997. Si tratta di un data base nazionale che registra, per ciascun paziente traumatizzato ricoverato, oltre 200 voci, che includono informazioni demografiche, tipo di lesioni, diagnosi (fino a 20 per paziente), indicatori di gravità, cause di lesione, trattamento diagnostico e terapeutico, utilizzo delle risorse ospedaliere, outcome. In Italia, a fronte di Trauma Center come: CTO Torino, Niguarda Milano, Ospedale di Parma, Maggiore di Bologna, Bufalini di Cesena, San Camillo di Roma, e Cardarelli di Napoli, non esiste un registro traumi nazionale. I singoli presidi hanno sviluppato archivi propri che danno luogo ad una raccolta dati estremamente importante e significativa ma purtroppo non omogenea a livello nazionale.

Ciò che è apparso chiaro ai corsisti è il messaggio: **Chi ha le informazioni ha il Potere**. Le informazioni si traducono in controllo di qualità, in verifica di efficienza dei reparti e di chi li dirige, permettono una verifica dei processi intrapresi, determinano il miglioramento delle prestazioni e consentono un supporto, in termini di investimenti e risorse, di quelle aree operative che risultano deficitarie (o possono consentire dei tagli dove necessario). Nei sistemi sanitari come quelli occidentali, dove i rimborsi economici vengono erogati in base alle patologie (DRG), misurare è la chiave del problema, avere una chiara immagine della

situazione permette l'ottimizzazione dei costi e degli investimenti, dando supporto all'orientamento della politica sanitaria nazionale. Senza dati non è possibile decidere obiettivamente le strategie e le politiche idonee a fornire una risposta efficace ai problemi.

Kobi Peleg, direttore del Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research, e principale interlocutore che al fianco del Collegio IPASVI ha reso possibile lo svolgimento dell'iniziativa, ha presentato un'ampia relazione sui principi che regolano l'approccio ad un Mass Casualty Incident in ambito preospedaliero: le ragioni delle scelte adottate in Israele e l'importanza della flessibilità nell'applicazione dei protocolli, mantenendo fermi i principi operativi. Il concetto espresso è stato di "agire per principi e non sempre e comunque per protocolli".

In contesti fortemente destrutturati, chi coordina deve essere capace di adattare, **se necessario**, i protocolli alla situazione contingente, per meglio rispondere alle problematiche presenti sullo scenario. **Non è sufficiente essere bravi bisogna essere intelligenti**.

Non mi si fraintenda, intelligenti nel saper leggere la situazione ed adottare i provvedimenti più consoni, non necessariamente dettati da protocolli.

Per esempio possiamo aver le migliori equipie sul campo o in Dipartimento d'Emergenza, ma se i manager non forniscono soluzioni praticabili - prima di tutto logistiche e poi di comunicazioni (intra-extrascenario e interdipartimentali) - la bravura e l'efficacia dell'equipe sono inutili, i protocolli saranno rispettati ma con conseguenze facilmente immaginabili.

Per cui **Organizzazione, Comando, Controllo e Coordinamento, (OCCC)** sono gli elementi più efficaci nel gestire situazioni quali una MCE, ma serve anche una seria, prag-

30

2° corso "Mass Casualty Management for Nurses"



matica e periodica revisione dei protocolli operativi.

Ulteriore occasione di positivo confronto tra la realtà italiana e quella israeliana è avvenuta durante l'intervento di Gon Monica, psychiatric consultation-liaison nurse, che ha illustrato come fronteggiare e trattare la problematica relativa alle reazioni acute da stress conseguenti a un attacco terroristico. Sono stati presentati i passi necessari alla preparazione per un simile evento, cosa fare durante l'evento stesso e i correttivi applicabili alle carenze rilevate. Particolare attenzione è stata data all'efficacia di interventi precoci, di breve durata ma estremamente produttivi. Il nodo centrale è il coinvolgimento e l'utilizzo delle residue risorse del paziente per assicurare e legittimare quanto provato. Usufruire delle risorse dei familiari (in Israele, similmente a quanto accadeva in Italia fino a pochi anni fa, il senso di appartenenza familiare è molto forte) e della comunità.

Entusiasmo ed interesse ha suscitato tra i discenti la visita al centro di simulazione nazionale (Israel Center for Medical Simulation - MSR), inaugurato nel 2001 per introdurre standard ed approcci innovativi relativi a training alla risposta sanitaria ai più diversi scenari. Il centro risulta essere uno dei più avanzati e sofisticati a livello internazionale. Utilizzato sia per personale militare che civile, ha visto oltre 12.000 allievi; di questi più del 50% come team, complessivamente suddivisi in: 38% personale medico, 32% personale infermieristico, 30% Paramedici (MDA).

I corsisti, oltre ad assistere alla presentazione di materiali, stanze di simulazione e alle attività svolte presso il Center for Medical Simulation, hanno avuto l'opportunità di partecipare, suddivisi in tre gruppi, alla gestione diretta di tre diversi scenari coinvolgenti pazienti (manichini-simulatori) traumatizzati. Le tre performance duravano 20 minuti. Due di queste sono state filmate e, con il supporto delle im-

2° corso "Mass Casualty Management for Nurses"

31

magini, sottoposte ad un puntiglioso debriefing operativo/sanitario della durata di 40 minuti.

Sono state condotte anche due esercitazioni guidate "table top": una relativa alla gestione extra-ospedaliera ed una al massiccio afflusso di feriti in Dipartimento d'Emergenza. Un'altra esercitazione ha riguardato la decontaminazione da agenti chimici. Infine si è tenuta un'esercitazione di fine corso presso il pronto soccorso dello Chaim Sheba Medical Center, destinato ad essere attivato in caso di guerra o attacco "NBCR" (nucleare, batteriologico, chimico, radiologico) e normalmente non utilizzato. I corsisti sono stati coinvolti in una esercitazione di tipo convenzionale e chiamati a ricoprire i diversi ruoli da trauma coordinator a triage officer, a chirurgo responsabile di turno, ma anche quello di portantini. Sono state identificate le aree di trattamento e qui destinate le diverse equipe, in meno di mezz'ora oltre 20 simulanti hanno avuto accesso. Ciascun ruolo chiave aveva presente un osservatore che ha seguito l'intero svolgersi dell'esercitazione. Al termine si è svolta una ricostruzione precisa dell'evento, con il coinvolgimento delle varie figure professionali, e l'analisi di ciascun passo significativo, dal ricevimento della chiamata, alla sua verifica fino alla dichiarazione di fine MCE.

Considerazioni

Il gruppo dei corsisti, dopo il necessario tempo di ambientamento, nei dieci giorni di durata del corso, ha dimostrato flessibilità, compattezza e grande disponibilità a mettersi in gioco sia durante l'attività didattica che durante gli affiancamenti- esercitazioni. Anche nell'affrontare una realtà sanitaria così differente da quella italiana, è risultata chiara la volontà di conoscere e confrontarsi. Si è subi-

to instaurato un rapporto professionalmente positivo non appena notata la disponibilità dei docenti, impegnati nel reale sforzo di trasmettere conoscenze ed esperienze, più che nel rivendicare un primato di conoscenza.

Il corso è andato ampiamente oltre le aspettative dei partecipanti. L'aver avuto la possibilità di confrontarsi con esperti ma anche con Infermieri, paramedici e medici che normalmente operano nelle diverse realtà lavorative, su un tema importante e attuale è risultato estremamente stimolante e professionalmente gratificante. La nostra attuale realtà è purtroppo condizionata da due fattori che al momento sembrano essere costanti: il rischio di atti terroristici è reale e rimarrà tale ancora per molti anni, l'attuale capacità di risposta a simili eventi da parte di una larga parte degli ospedali italiani, è scarsa e manca di omogeneità a livello nazionale.

Questo corso può essere **una** delle risposte percorribili, non per fotocopiare e trasferire macro sistemi, ma per mutuare scelte, aspetti, particolari e soprattutto per apprendere un modo di pensare i termini del problema ed adattarli alla realtà sanitaria italiana.

Ringraziamenti

- > Angelo Agostini
- > Dr. Burgaretta Ambasciata Israele in Italia - Roma
- > Dr. Stefano Boccaletti Ambasciata Italiana in Israele- Tel Aviv
- > Kobi Peleg Dir. Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research
- > Simon Daniel Daniel M. Simon Dir. Trauma Unit Chaim Sheba Medical Center
- > Jenny Moscovitz National Trauma Registry Coordinator
- > Noga Boldor Gertner Institute
- > Nava Josefsberg Trauma Coordinator Chaim Sheba Medical Center
- > Dvora Hertz Resp. Infirm. Dip. Em. Chaim Sheba Medical Center
- > Guy Caspi, Chief MCI instructor and head of the MCI training program, Magen David Adom

Il prelievo arterioso per emogasanalisi

A cura di Elena Bongiorno

Il Consiglio risponde

Facendo seguito alle numerose richieste di chiarimenti pervenuteci, pubblichiamo l'articolo della collega Bongiorno che ci illustra nel dettaglio il parere positivo espresso dal Consiglio Superiore di Sanità

Riportiamo in questo articolo il parere del Consiglio Superiore di Sanità (Sezione II) riguardo il prelievo arterioso per emogasanalisi da parte degli infermieri. Questo parere è stato espresso nella seduta del 23/06/2005, mentre la nota del Ministero della Salute del 09/05/2006 è ormai pervenuta a tutte le Regioni.

Il parere del Consiglio Superiore di Sanità è stato emesso in seguito ad una richiesta presentata dalla Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie dell'ASL di Latina, in riferimento al prelievo arterioso per emogasanalisi da parte dell'infermiere nell'UOC di Pneumologia.

Prima di entrare in merito all'argomento, un breve elenco di ciò di cui si occupa il Consiglio Superiore di Sanità (Sezione II):

- determinazione dei requisiti minimi di classificazione delle strutture e dei servizi sanitari;
- criteri e requisiti per esercizio, autorizzazione, certificazione ed accreditamento delle attività sanitarie;
- sviluppo dell'istituto della certificazione di qualità;
- funzioni statali connesse alle aziende unità sanitarie locali, alle aziende ospedaliere e altri presidi ospedalieri pubblici e privati;
- professioni sanitarie e formazione del personale sanitario;

- sangue ed emoderivati;
- trapianti di organi;
- ricorsi presentati da soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati;
- affari generali connessi.

La **Legge 42/99** "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", all'art. 1 comma 2, abroga il mansionario e stabilisce che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato da:

- il DM 739/94 che istituisce il profilo professionale;
- gli ordinamenti didattici del corso di laurea e della formazione post-base;
- il Codice Deontologico del 1999;

fatto salve le competenze previste per le professioni mediche e le altre professioni del ruolo sanitario per le quali è stato richiesto lo specifico diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche competenze professionali.

La Legge 42/99 individua il campo di attività e di responsabilità del professionista sanitario Infermiere, prevedendo che siano di competenza dell'Infermiere anche le tecniche considerate affini alle attività di assistenza infermieristica, e per le quali abbia ricevuto l'adeguata



Il prelievo arterioso per emogasanalisi

33

ta formazione. L'“Ordinamento didattico del corso di laurea per Infermiere”, il **DM del 02/04/2001**, individua tra le discipline previste: Anatomia, Fisiologia, Patologia, Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Rianimazione e Terapia Intensiva, Infermieristica Clinica nell'area critica e nell'emergenza, Metodologia Infermieristica Clinica, con il relativo tirocinio pratico. Il percorso formativo prevede l'apprendimento solo teorico delle conoscenze delle abilità necessarie, delle implicazioni ed i rischi relativi a queste tecniche, tra le quali il prelievo arterioso. Le attività non descritte tra gli obiettivi formativi obbligatori del corso di laurea per infermiere possono tuttavia essere di competenza infermieristica, come avviene spesso per determinate attività tecniche specifiche e/o per quelle a supporto delle funzioni vitali, poiché apprese successivamente al corso di base ed esercitate in reparti particolari (Rianimazione, Terapia Intensiva, Pronto Soccorso, Pneumologia, Nefrologia e Dialisi...).

Il **Codice Deontologico dell'Infermiere del 1999** (“norme generali”, punti 3.2 e 3.3) dispone che, relativamente all'esercizio di mansioni o tecniche non completamente acquisite, l'infermiere:

- debba assumersi la responsabilità del ruolo esclusivamente in base al livello di competenza raggiunto;
- sappia riconoscere i limiti delle proprie competenze e declinare la responsabilità qualora ritenga di non poter agire con sicurezza;
- abbia il diritto ed il dovere di richiedere formazione e supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

In seguito all'abrogazione del mansionario dell'infermiere, si sono verificate situazioni differenziate sul territorio per cui la tecnica del prelievo arterioso per emogasanalisi è considerata:



- ✗ competenza dell'infermiere in molti reparti (Terapia Intensiva, Rianimazione e Pneumologia);
- ✗ attività del medico per prassi;
- ✗ atto esclusivo del medico, presumibilmente per la scarsa conoscenza dell'evoluzione della normativa;
- ✗ ulteriore carico di lavoro per gli infermieri, distogliendoli da pratiche assistenziali anche per i rischi connessi;
- ✗ competenza del medico il prelievo arterioso femorale e competenza dell'infermiere quello radiale;
- ✗ pratica eseguibile sia dal medico che dall'infermiere.

Il Consiglio Superiore di Sanità ha osservato che:

- ✓ il prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi può configurarsi come atto non esclusivamente medico ma anche di competenza dell'infermiere;
- ✓ la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria

radiale per emogasanalisi è relativamente semplice e di grande utilità, tuttavia non è scevra da rischi e complicitanze;

- ✓ la procedura tecnica è spesso descritta in un protocollo condiviso da medici e personale infermieristico, e la redazione del protocollo contempla l'indicazione specifica almeno dei seguenti dati:
 - a) la tipologia del prelievo arterioso;
 - b) le motivazioni per cui esso viene effettuato;
 - c) la tipologia di paziente;
 - d) le patologie intercorrenti e le terapie in corso che possono aumentarne il rischio;
 - e) il posizionamento del paziente;
 - f) le sedi indicate e preferenziali per adulti e neonati;
 - g) le precauzioni da adottare;
 - h) l'emostasi;
 - i) altre indicazioni ritenute utili.

ed ha tenuto conto che:

- ✓ l'infermiere possiede le conoscenze tecniche necessarie apprese nel percorso formativo di base;
- ✓ la tecnica del prelievo arterioso è appresa in ambiente appropriato e protetto;

- ✓ la tecnica una volta appresa in modo corretto diventa una tecnica di competenza;
- ✓ l'apprendimento riguarda anche la prevenzione delle complicitanze ed il loro trattamento.

È stato quindi espresso parere favorevole all'effettuazione del prelievo arterioso da arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere, a condizione che:

- ✧ **l'infermiere ne abbia acquisito la completa competenza**, secondo le modalità definite dalle vigenti normative in materia di profilo ed attività professionali, ordinamenti didattici e deontologia;
- ✧ sia prevista sempre, per le correlate implicazioni sia mediche che infermieristiche, l'esistenza **di un protocollo operativo correttamente redatto, condiviso ed approvato**, che sia in grado di:
 - **assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo** arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi;
 - garantire l'adozione di ogni utile misura di **prevenzione delle complicitanze** e del necessario **trattamento**, nonché la tempestiva **gestione dei rischi** connessi.



Per ulteriori approfondimenti
o per scaricare
la versione integrale
del parere del Ministero della Salute
è possibile consultare il nostro sito,
all'indirizzo
www.ipasvibergamo.it

News**Informazioni riguardanti
la Polizza Assicurativa IPASVI**

La Convenzione IPASVI, stipulata con la CARIGE ASSICURAZIONI, presenta le seguenti caratteristiche principali:

>>> Massimale € 2.000.000 con premio di € 48,00

**>>> Scadenza fissa al 30 aprile di ogni anno,
indipendentemente dal momento dell'adesione**

>>> Retroattività di 36 mesi

La polizza IPASVI garantisce le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di validità del contratto purché relative a comportamenti colposi posti in essere non oltre 36 mesi prima della data di decorrenza della copertura.

>>> Copertura della colpa grave

La polizza IPASVI garantisce sia la colpa lieve che la colpa grave. E' compresa anche la rivalsa effettuata dall'ente di appartenenza in caso di colpa grave.

>>> Copertura di qualsiasi attività

Viene garantita sia l'attività di dipendente (pubblico o privato) che di libero professionista.

>>> Copertura delle spese legali

Sono coperte le spese nel processo civile (purché il legale venga concordato con Carige Assicurazioni), in base all'art.1917 del Codice Civile.

>>> Validità in tutto il mondo, escluso U.S.A., Messico e Canada

Per ulteriori informazioni è possibile contattare il **Call Center Willis**
al seguente numero verde: **800-637709**
oppure consultare il sito internet
<http://brb.willis.it/ipasvi/index.htm>



IPASVI

**COLLEGIO
INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI / VIGILATRICI D'INFANZIA
BERGAMO**

**In collaborazione con
l'infermiere Angelo Agostini**

**Corso di aggiornamento
"Atto terroristico: dallo scenario
al dipartimento d'emergenza.
Realtà a confronto"**

28 e 29 Maggio 2007

Sala Caravaggio

**Fiera Nuova
Via Lunga - 24125 Bergamo**