

## **Editoriale**

*di Massimo Cariolato*

*leggi l'articolo*

## **Le risorse umane in ambito sanitario: un patrimonio da salvaguardare**

*di Maria Rita Barberis*

*leggi l'articolo*

## **Verso un Ospedale senza dolore**

*di R. Segato e G. Parlato*

*leggi l'articolo*

## **Nuove esigenze nella professionalità**

*di Davide Brodesco*

*leggi l'articolo*

## **Progetto di inserimento delle figure di supporto**

*AA.VV.*

*leggi l'articolo*

## **Una risposta assicurativa alla nuova responsabilità civile dell'infermiere**

*di Pietro Locatelli*

*leggi l'articolo*

## **Quella luce artificiale**

intervista all'infermiere di rianimazione

*a cura di Sonia Dal Degan*

*leggi l'articolo*

# Editoriale

*di Massimo Cariolato*

Sull'equipollenza dei "vecchi" titoli con quelli del nuovo ordinamento didattico si sono diffuse, in questi mesi, notizie più o meno vere che hanno seminato il panico tra i professionisti della salute. Credo quindi sia necessario fornire agli iscritti IPASVI alcuni chiarimenti.

La legge 42 del 1999 e successivi decreti sanciscono l'equipollenza fra Diplomi Regionali e D. U., ma la riforma dell'Università italiana fa nascere un titolo tutto nuovo, anzi due: vengono infatti istituiti i corsi di laurea triennale di I livello e specialistica (biennale) di II livello.

Al momento attuale quindi, se da una parte nessuno deve mettere in dubbio la completa spendibilità dei titoli precedenti nel mondo del lavoro (in Italia come in tutta la Comunità Europea), così non è per quanto riguarda il proseguo dell'iter formativo, dai master di specializzazione alla laurea di II livello.

In alternativa alla soluzione proposta da alcuni Atenei che prevedono una riqualificazione dei titoli sulla base dei crediti formativi precedentemente acquisiti, sia le Organizzazioni Sindacali che la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI si stanno battendo per ottenere un'equipollenza completa, definita per legge, non solo per l'esercizio professionale, ma anche per la formazione post-base. Bisogna però considerare la forte opposizione dell'Istruzione, che non vede di buon occhio una "sanatoria" che non tenga conto dei crediti formativi acquisiti e di quelli mancanti.

# **Le risorse umane in ambito sanitario: un patrimonio da salvaguardare**

*di Maria Rita Barbris*

## ***Il destino delle risorse umane nella sanità. In balia di decreti legge e realtà aziendali***

Il concetto di valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali ed umane degli operatori del Sistema Sanitario Nazionale rappresenta uno degli obiettivi fondamentali sanciti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), in cui si parla di patto con gli Operatori sanitari, intesi come lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento del servizio, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini.

Per comprendere la centralità delle risorse umane nel processo di erogazione del servizio è sufficiente pensare a quanti sono i punti di contatto dell'utente con gli Operatori delle aziende sanitarie, che vanno dall'informazione e prenotazione, all'accettazione, prestazione, refertazione, ecc.

La qualità del servizio è quindi legata prevalentemente agli Operatori che devono essere organizzati, motivati, gestiti, incentivati a raggiungere gli obiettivi stabili dall'azienda.

Pur riconoscendo l'indiscutibile rilevanza dei concetti sopra citati, spesso nella realtà aziendale ci si "dimentica" dell'importanza strategica del personale sul piano di miglioramento dell'efficienza aziendale e quindi vengono adottati sistemi tesi a consolidare lo "status quo", piuttosto che a sviluppare concrete logiche di gestione del personale efficaci ed innovative.

Si assiste quindi ad una situazione a volte "ingessata" da una visione ancora troppo ristretta e obsoleta del "patrimonio" risorse umane, il quale viene considerato in linea di massima come una "risorsa critica" rispetto ai costi (in quanto rappresentano una quota rilevante del bilancio delle aziende) ed alla gestione.

Una gestione prevalentemente associata ad una logica burocratica legata al classico schema gerarchico in cui il soggetto prestatore di lavoro è sottoposto al principio di autorità piuttosto che ad un rapporto di scambio e di appartenenza.

In questa ottica, il personale viene considerato come una "risorsa anonima" e non come un potenziale qualitativo che si ha a disposizione e di cui vanno garantiti la crescita e lo sviluppo della sua professionalità in linea con gli obiettivi programmati.

E' importante sottolineare che una realtà di questo genere, oltre a non tenere in giusta considerazione gli spazi esistenti di incentivazione (anche non economica) che il contesto normativo permette di adottare, favorisce spesso forme di stress psicofisico, di disagio lavorativo e di appiattimento motivazionale degli operatori.

## ***La salute dei lavoratori è a rischio***

L'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza sui posti di lavoro ha pubblicato recentemente un rapporto secondo cui nei paesi della UE ci sono 41 milioni di lavoratori "stressati", il 28% del totale.

La vastità del fenomeno, le sue ripercussioni sul benessere dei cittadini e il costo che genera sulle aziende in termini di giorni di lavoro persi hanno spinto l'Agenzia UE ad analizzarne le cause, le malattie da esso generate e i metodi per porvi rimedio.

E' emerso che influiscono sullo stress dei lavoratori le seguenti cause:

- la mancanza di possibilità di fare carriera
- la scarsa considerazione delle mansioni svolte
- le basse retribuzioni
- gli squilibri fra le esigenze familiari e quelle del lavoro e gli orari.

Secondo la Commissaria Europea all'occupazione Anna Diamanto Poulou, "lo stress sul lavoro deve essere riconosciuto come un reale rischio collegato all'occupazione ed i datori di lavoro, gli impiegati e i governi dovrebbero intensificarne la prevenzione. Inoltre, per far fronte al problema, è necessario cercare dei metodi di gestione efficaci".

Lo stress, per di più, secondo l'Agenzia UE, è causa anche di malattie: dal semplice mal di testa, all'ulcera, dai problemi coronarici, alle artriti fino a disturbi più gravi come malattie mentali, tiroidee o della pelle. Secondo il rapporto, lo stress ha anche effetti psicologici con ripercussioni sul comportamento.

Oltre alla classica irritabilità e perdita di memoria, disturba il sonno e incita al vizio: si fuma e si beve di più. "Vi sono prove - si legge nel rapporto - che lo stress ha un effetto negativo su comportamenti favorevoli alla salute, come l'esercizio o una buona dieta, aumentando quelli a rischio: fumare e bere. Anche altri comportamenti, come quello sessuale, possono essere indeboliti dallo stress e questo indebolimento diventa a sua volta una causa secondaria di tensione".

Senza parlare poi degli effetti sulla vita familiare e sul rendimento lavorativo che, peggiorando, crea costi destinati a gravare sulle aziende: uno studio sulle condizioni di lavoro nell'UE del 1996 sottolinea che le malattie collegate al lavoro, il 28 per cento delle quali generate dallo stress, fanno perdere nei paesi dell'Unione 600 milioni di giorni di lavoro all'anno.

### ***Condizioni di salute precarie anche per gli Operatori Sanitari***

Si respira un clima pesante anche nell'universo sanità, dove si evidenziano forme di stress psicofisico e di disagio lavorativo tra gli Operatori Sanitari.

Tra le cause più frequenti vengono indicate:

- lavorare in strutture amministrative mal gestite (62.5%),
- non avere spazi e tempi istituzionalmente prefissati per la propria crescita personale (53.3%),
- essere scarsamente retribuiti (40.2%),
- essere sovraccarichi di lavoro (39.8%),
- non avere la possibilità di collaborare e di scambiare idee con i colleghi (32.2%),
- l'esercitare la propria attività in branche della medicina non affini ai propri interessi e/o alle proprie competenze (33.2%),
- avere rapporti insoddisfacenti con i colleghi (23.3%),
- avere una insufficiente autonomia decisionale (20%),
- non avere buoni rapporti con i superiori (18.3%),
- avere problemi personali di tipo familiare o relazionale (13.9%).

Ovviamente il disagio professionale vissuto dagli Operatori Sanitari si ripercuote negativamente anche sulla loro salute.

Ne è testimonianza la sindrome di Burn-out, che rappresenta nel nostro Paese un fenomeno in continua crescita.

A questo proposito, vale la pena evidenziare l'esito di una recente indagine condotta da un'équipe di psichiatri del Dipartimento di salute mentale di Ferrara, su un campione di 271 medici e 734 infermieri, ai

quali sono stati somministrati questionari contenenti alcuni test psicometrici e una checklist per misurare sintomi somatici e psichici relativi allo stress occupazionale.

Dai risultati della ricerca si sono rivelati: "discretamente 'bruciati' il 56 per cento dei medici e il 70 per cento degli infermieri. Con una differenza notevole di sesso (più stressate le donne) e di età fra i due gruppi professionali: mentre infatti i medici sono più esauriti da giovani (65 per cento) e progressivamente meno al crescere dell'anzianità, per gli infermieri avviene il contrario" (risultati pubblicati su Sanità Management -marzo 2001-).

### *La sindrome di burn-out negli Operatori sanitari: cause e sintomi*

La sindrome di Burn-out (il cui termine tradotto dall'inglese significa 'cortocircuito') è stata definita come "vera e propria malattia professionale, forma di grave tensione provocata dall'eccessivo accumulo di fattori stressanti, che colpisce soprattutto gli operatori più motivati, disponibili e con più alte aspettative professionali".

Le cause di questo fenomeno, che può portare a svolgere il proprio lavoro in modo routinario e cristallizzato in atteggiamenti di difesa dall'ansia, si ritrovano in sostanza in due situazioni:

- blocco nel perseguimento di una meta irraggiungibile, che non si riesce a ridimensionare o a rinunciarvi (esempio inadeguato al ruolo, oppure un operatore che desidera una gratificazione lavorativa da parte del proprio responsabile, ecc.)
- blocco in una situazione difficilmente sostenibile, che non si riesce a cambiare perché il prezzo della rottura e di un nuovo inizio sembra troppo alto (es. quando si subisce un improvviso cambiamento delle circostanze del lavoro, un brusco aumento del carico di lavoro).

Il burn-out è quindi un processo che non esplode improvvisamente, ma che comincia con i primi episodi di sconfitta, con una lunga serie di aspettative frustrate, progetti falliti, ricompense mancate.

La sindrome di disaffezione e disimpegno al lavoro negli Operatori Sanitari si manifesta con veri e propri sintomi di diversa natura, quali:

- forte aumento delle malattie nervose psichiche:
  - insonnia, insicurezza, depressione, artrite, ulcera, cefalea, affezioni cardiovascolari, stanchezza, aumento o diminuzione di peso;
  - abuso di alcol, farmaci, fumo;
  - incapacità di concentrarsi, disistima, isolamento sociale;
  - conflitti con i familiari.
- allontanamento precoce dal lavoro
- diminuita affluenza alle scuole infermieristiche

La criticità di tale situazione va ad incidere negativamente:

- Sul benessere psicofisico dell'individuo.
- Sulla spesa sanitaria, dal momento che si incrementa il numero dei soggetti cui erogare assistenza sanitaria. Indubbiamente ciò non rappresenta l'optimum, considerato che l'esigenza di rispettare i vincoli imposti dagli obiettivi di risanamento della finanza pubblica è resa più stringente dai parametri fissati dall'Unione Europea.
- Sul rapporto Cittadini-utenti ed Operatori sanitari e quindi sulla qualità del servizio erogato.

C'è il rischio che questo fenomeno di stress contagi tutta la struttura ospedaliera e che la Direzione aziendale resti "apatica" al problema, non imputandolo a questioni legate alle modalità di gestione del personale.

In sostanza, le cause del disagio vissuto dall'Operatore vengono prevalentemente attribuite a fattori personali del singolo, che finisce così per essere emarginato.

E' bene precisare che nel burn out è facile entrare ma assai difficile uscire. A meno che la struttura lavorativa non adotti idonee strategie di soluzione dei guai che alimentano lo stress: il superlavoro male organizzato, la mancanza di gratificazioni, l'umanizzazione della vita in ospedale, ecc.

### ***Strumenti e metodi efficaci per ridurre il disagio lavorativo***

Dal breve panorama fin qui tracciato, appare chiaro che per puntare ad una sempre migliore e più qualificata gestione delle risorse umane l'azienda deve mirare alla comprensione e gestione dello stress lavorativo e promuovere quindi il benessere psicofisico dell'Operatore, garantendogli un ambiente di lavoro gratificante e al tempo stesso stimolante.

Risulta essenziale pertanto l'introduzione di approcci gestionali, metodi e culture organizzative che permettano di prevenire le cause e i problemi del disagio professionale e che contemporaneamente, consentano di creare le basi per una efficiente capacità di soddisfare i bisogni del "cliente interno".

Alcuni di questi strumenti e metodi fanno riferimento al marketing interno, alla TMQ, alla formazione del personale, ai gruppi di supporto, dei quali ne viene offerta una sommaria descrizione.

## ***MARKETING INTERNO***

Per una gestione flessibile delle risorse umane si può far ricorso a metodi e strumenti del marketing interno.

Perché il marketing? Semplice, perché il marketing è basato sullo scambio: le aziende offrono beni, servizi o benefici a qualcuno che è disposto a dare in cambio idee, merci, servizi o denaro. Allo stesso modo i lavoratori scambiano risorse umane contro posti di lavoro, i quali forniscono loro risorse economiche.

In tale ottica, le condizioni di impiego e l'ambiente di lavoro che un'azienda offre ai propri lavoratori, nonché i suoi obiettivi organizzativi, la sua filosofia, la sua attività, diventano prodotti da vendere ai dipendenti in quanto clienti interni.

Un "cliente interno" che ha le proprie esigenze e le proprie attese, che va seguito, ascoltato e assecondato nelle sue aspettative e bisogni.

Per raggiungere questo obiettivo, il processo di marketing interno (così come si fa nello studio dei mercati) prevede alcune fasi basilari, quali: la conoscenza e la comprensione del mercato interno, la segmentazione delle risorse umane rispetto alle varie tipologie professionali e culturali, lo sviluppo, la valutazione ed il controllo del piano di marketing.

Attuato in tale modo, il marketing interno può diventare la risposta più efficace ai problemi di motivazione e di coinvolgimento del personale nel lavoro quotidiano e per tentare di raggiungere l'ambito equilibrio nel rapporto uomo/organizzazione.

## ***TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TMQ): EMPOWERMENT AGE***

Il Total Quality Management, sebbene sia uno stile di gestione maturato in ambiente industriale, appare

particolarmente adatto ad essere diffuso nel contesto delle aziende sanitarie (come precisa anche una direttiva contenuta nel documento "salute per tutti nell'anno 2000" dell'OMS) .

L'approccio TMQ oltre a rivendicare il ruolo decisivo del cliente esterno ed il miglioramento continuo della qualità del processo organizzativo, ha prodotto una profonda revisione anche nel processo di organizzazione del lavoro.

Da gerarchizzato e parcellizzato si passa ad un modello lavorativo ispirato alla responsabilizzazione dei lavoratori -empowerment age-.

Il termine empowerment, non facilmente traducibile, nella lingua italiana significa: "...che ad ogni livello della organizzazione, gli operatori devono essere responsabilizzati, dandogli maggiori opportunità di utilizzare le loro capacità tecniche, il loro talento, la loro voglia di fare meglio in modo tali da rendere l'organizzazione stessa capace di diventare più efficace nella soluzione dei problemi, nella creazione di nuove visioni, nel raggiungere gli obiettivi, nel servire i clienti."

E' necessario quindi abbattere le barriere che impediscono di responsabilizzare gli operatori come singoli e come gruppi ed occorre fornire i giusti obiettivi, garantire le giuste informazioni, migliorare le capacità tecniche.

Questa evoluzione è facilitata dalla concessione di spazi di autonomia, di creatività di innovazione, dalla progettazione e dall'attuazione di ruoli nei quali la ripetitività è ridotta al minimo a vantaggio della varietà.

Possono costituire barriere a questa evoluzione un eccesso di livelli gerarchici, un'ossessiva cultura del controllo, l'esasperazione dell'organizzazione per funzioni.

### ***FORMAZIONE DEL PERSONALE***

La formazione, intesa come strumento globale, collettivo, che permea l'intera struttura delle risorse umane a tutti i livelli, rappresenta indubbiamente uno strumento funzionale per la gestione delle risorse umane. Concetto ribadito peraltro anche dal Piano Sanitario Nazionale, cui dedica un ampio spazio su questa tematica.

Purtroppo nella realtà viene ancora sottovalutata la valenza di questo strumento, spesso considerato marginale in un contesto organizzativo.

Esso viene al contrario valorizzato all'interno delle aziende private, dove ormai da tempo si è capito che adeguate politiche di addestramento e di formazione del personale, rappresentano un investimento che concorre sia alla valorizzazione dell'elemento umano sia al raggiungimento degli obiettivi aziendali e quindi al recupero dei costi sostenuti.

Attraverso una analisi dei fabbisogni formativi dell'azienda e redazione dei piani di sviluppo delle risorse umane e progettazione degli interventi formativi si possono raggiungere diversi obiettivi, tra cui:

1. Gestire il processo di trasformazione delle caratteristiche professionali delle risorse umane (abilità, conoscenze, ecc.) coerenti con gli obiettivi aziendali, la motivazione del personale, le tendenze del mercato del lavoro, ecc.
2. Salvaguardare e incrementare il valore del capitale umano anche a lungo termine
3. Migliorare il clima lavorativo e la comunicazione interna
4. Rendere coerenti politiche di addestramento e formazione con altre politiche del personale (in particolare sistemi di ricompensa, sviluppo del personale, ecc.)

La formazione, intesa come occasione di crescita dell'individuo e dell'azienda fa sì che gli operatori



diventino veri protagonisti della vita della missione aziendale (human resources empowerment) salvaguardandoli così da sentimenti di abbandono e disagio professionale.

### ***GRUPPI DI SUPPORTO***

Appare sempre più determinante ed incisiva la presenza, all'interno delle aziende, di gruppi di supporto composti da figure professionali psicosociali, quali: sociologo, psicologo, ecc., al fine fornire elementi utili per favorire una migliore gestione delle risorse umane e per individuare precocemente situazioni di disagio nel contesto lavorativo.

In pratica, i gruppi di supporto, già sperimentati in altre realtà aziendali, si pongono come punto di riferimento intermedio tra gli Operatori e l'Amministrazione. Essi svolgono attività di monitoraggio del clima lavorativo e delle varie criticità esistenti., ricercando un continuo miglior equilibrio tra le aspirazioni e le attitudini delle risorse umane e le esigenze aziendali.

Inoltre, previo accordo con la Direzione, progettano specifici piani di controllo e gestione dello stress lavorativo in rapporto alle diverse tipologie/aree professionali dei destinatari.

Infine svolgono attività di valutazione dell'intervento svolto per mezzo di report mirati e dettagliati che evidenziano:

- l'attività effettuata
- i risultati conseguiti
- le proposte di miglioramento.

### ***Conclusion***

Le soluzioni di miglioramento del sistema lavorativo finora citate rappresentano indubbiamente una breve panoramica delle metodologie possibili, ma sono comunque sufficienti per fornire ai responsabili aziendali alcuni spunti operativi necessari per salvaguardare le risorse umane sotto ogni punto di vista.

In pratica, il filo conduttore delle varie strategie gestionali del personale risulta essere quello di offrire ai lavoratori le condizioni necessarie per raggiungere un equilibrio tra "fattori igienici" (retribuzione, condizioni di lavoro, sicurezza sul lavoro, ecc.) ed i "fattori motivanti" (opportunità di avanzamento, responsabilità, realizzazione, ecc.) -rif. teoria di F. Herzberg- e prevenire così l'insoddisfazione e gli atteggiamenti negativi nei confronti del lavoro.

Si ribadisce che lo stress lavorativo, che limita il rendimento ed ostacola lo sviluppo del sistema aziendale, interessa tutte le professioni, dalle più semplici a quelle più complesse ed è di ostacolo alla espressività delle potenzialità dell'operatore che se in grado di prendere decisioni e di muoversi con agilità e precisione all'interno di schemi e di obiettivi generali, può utilizzare al meglio tutte le proprie risorse.

Infine, è inutile ricordare che per creare un contesto favorevole nell'area "human resources" è necessario migliorare la qualità della vita sul lavoro.

Questo comporta che alla guida delle organizzazioni ci siano uomini rispettosi della dignità umana, sensibili al problema di adattamento/disadattamento degli Operatori al lavoro e capaci di mobilitare le risorse intellettuali di tutto il personale.

Senza di ciò sulla strada restano solo i buoni propositi.

• ***Riferimenti bibliografici essenziali***

- A. MARRINER-TOMEY **Management Infermieristico** - ed. Sorbona
- A.VV. **Il medico e il management** - Accademia naz. di medicina
- **Il Piano Sanitario Nazionale**
- **Agenzia Europea per la salute e la sicurezza sui posti di lavoro**

# Verso un Ospedale senza dolore

*a cura di Romina Segato e Giuliana Parlato*

Nel 1998 all'Ospedale "San Bortolo" di Vicenza ha avuto inizio, per la prima volta in Italia, un progetto internazionale denominato "Verso un'Ospedale senza dolore" che aveva lo scopo di sensibilizzare la cittadinanza e gli operatori sanitari verso la sofferenza dei malati ricoverati e di migliorare la risposta assistenziale ai pazienti con dolore.

Dall'aprile di quest'anno nel nostro Ospedale è presente un comitato composto da medici, infermieri e un'ostetrica, il cui referente scientifico è il dott. Visentin (Responsabile del Servizio di Terapia Antalgica, componente di una commissione di studio istituita dal Ministero della Sanità).

Il progetto nasce per diversi motivi:

- il dolore è spesso sottostimato;
- è considerato un evento ineluttabile;
- non viene considerato una priorità;
- non si considera che la sedazione del dolore, oltre a costituire in alcuni casi l'unica terapia, facilita il processo di guarigione;
- la formazione degli operatori è carente;
- mancano dei protocolli di trattamento.

Rilevare quotidianamente il dolore significa comunicare alla persona che siamo interessati a questo aspetto e che può sentirsi libera di riferirlo.

La rilevazione viene eseguita dagli infermieri in collaborazione con i medici almeno due volte al giorno e i dati vengono riportati in grafica.

Per la rilevazione si "somministra" al paziente un supporto visivo: una scala numerica da zero a dieci, dove zero corrisponde all'assenza di dolore e dieci al peggior dolore possibile.

Questo progetto sta ottenendo l'adesione di molti reparti, in alcuni è già operativo, altri sono partiti in questo periodo, un terzo gruppo partirà prossimamente.

Successivamente il comitato produrrà dei protocolli di trattamento per aree.

Verrà prossimamente tenuto un corso di formazione per il personale infermieristico e medico che aderisce al progetto.

Tale corso sarà ripetuto in tempi diversi allo scopo di favorire la massima partecipazione.

# Nuove esigenze nella professionalità: formazione e cambiamento culturale

*di Davide Brodesco*

Stiamo vedendo in questi ultimi anni e soprattutto in questi ultimi mesi la necessità e la volontà da parte delle aziende e presidi ospedalieri di sopperire alla carenza infermieristica con l'inserimento di figure di supporto.

Queste figure di supporto, oggi O.T.A., domani O.S.S., con mansioni sempre più ampie, stanno diventando la sfida culturale e formativa della figura professionale infermieristica.

La sfida culturale e formativa sta nel poter cogliere questo momento come fondamentale ed imperdibile per una crescita professionale e di ruolo nell'ambiente sanitario.

Infatti l'avvento di nuove figure che assistano, si badi bene, e non sostituiscano la figura infermieristica, devono essere uno sgravio al professionista infermiere da tutte quelle attività improprie oggi attribuitegli.

Ci si può chiedere cosa resterà da fare all'infermiere. Resterà ciò che fino ad oggi è risultato impossibile fare sebbene richiesto dalla normativa: programmare l'assistenza e non più solamente fare assistenza.

Il professionista è la figura, per definizione, che programma, progetta le attività da svolgere, si pone obiettivi con tempi e modi di azione e va a verificare se tutte le attività programmate sono state svolte nel modo più adeguato.

E' così che il professionista infermiere potrà occuparsi della programmazione delle attività, tramite piani di assistenza infermieristica, che potranno finalmente essere creati, in molte unità operative e nella migliore delle ipotesi, essere personalizzati come richiesto dalla norma vigente.

Oggi più che mai risulta importante la formazione del personale sanitario e nel merito del professionista infermiere. La formazione infatti sta alla base della capacità di programmare e valutare tramite piani assistenziali e piani di lavoro in genere, e vista la crescente innovazione scientifica e tecnologica la formazione costante deve essere presente per garantire livelli assistenziali ottimali, e non minimi, e poter progettare al meglio le attività da svolgere.

Certo è che la responsabilità della programmazione non escluderà la responsabilità delle azioni che verranno eseguite dagli operatori di supporto: sarà quindi esclusivo compito infermieristico, anche tramite piani di lavoro, protocolli e linee guida o modelli critici, stabilire chi fa che cosa, sia in base alla normativa vigente che alla situazione che si prospetta davanti al professionista. Infatti a nulla vale un protocollo o una linea guida se il professionista non è in grado di usare questi strumenti al meglio e non è in grado di evidenziare ciò che si allontana dalla situazione prevista.

Non è così scontato che tutti gli operatori di supporto siano in grado di eseguire una data attività o mansione allo stesso modo, è qui che l'infermiere come professionista dovrà essere in grado anche di impedire alcune azioni a chi si prospetta poco abile in alcune manovre, riconoscendo ad altri una maggiore abilità e qualità del servizio da erogare.

La formazione del professionista infermiere diviene quindi importante ed indispensabile sul piano dei mezzi da utilizzare e delle possibilità di scelta da effettuare. Diviene così una fondamentale leva strategica anche e soprattutto da un punto di vista aziendale, di cui vanno valutati i costi in relazione ai risultati attesi, ma va verificato anche il ritorno in termini di efficacia ed efficienza del servizio erogato, non dimenticando che la formazione genera valore perché contribuisce a creare, mantenere e sviluppare dei saperi necessari per la vita e lo sviluppo dei sistemi organizzati, soprattutto nelle fasi critiche o esposte al cambiamento, come è ora la situazione infermieristica.

Risulta quindi evidente che il solo inserimento di personale di supporto non basta, deve esserci alla base, sugli obiettivi da raggiungere, una conoscenza sulle metodiche da utilizzare durante l'inserimento, sulle difficoltà che si troveranno e sull'organizzazione di tutta l'unità operativa dove questo cambiamento, che risulta profondo per l'assistenza infermieristica, si andrà a instaurare. E' difatti impensabile che in una unità operativa ove vengano inserite figure di supporto l'infermiere continui a fare ciò che faceva prima!

La qualità del servizio sia effettiva che percepita dall'utenza non potrà e non dovrà calare, pena il fallimento del cambiamento con ripercussioni di calo della qualità, demotivazione del personale interessato, noncuranza nei confronti dell'utenza eccetera...

Sarà necessario quindi instaurare dei metodi di valutazione, non solo per il personale, ma anche delle attività e della dirigenza del servizio (ruolo fondamentale che deve essere garante della qualità erogata dal servizio); la valutazione risulta il metodo per cui si possono recepire alcuni input utili per aggiornare la formazione e permettere un migliore sviluppo dei processi di cambiamento.

Il personale interessato al cambiamento non può peraltro pretendere di trovare già tutto organizzato, ma dovrà essere in grado di collaborare con l'azienda nello stilare obiettivi, tempi, modi e valutazione di questo cambiamento.

Solo questo sembra, al momento, il sistema per affrontare l'emergenza infermieristica che sta divenendo insostenibile dalle varie aziende, presidi ospedalieri e strutture sanitarie pubbliche e private.

# Progetto di inserimento delle figure di supporto

presso la divisione di Oculistica dell'OC di Vicenza

*di AFD Pagiusco Gaetana (UIC USL 6 Vicenza), AFD Dalla Vera Michela, IP Cecchinato Antonella, IP Giacom Alessandrina, IP Rech Renata, IP Rizzo Giuseppe, IP Tognolo Maurizia (Divisione di Oculistica Ospedale S. Bortolo USL 6 Vicenza)*

## *Introduzione*

L'inserimento delle figure di supporto è ormai un dato di fatto per l'infermiere italiano e questo aspetto dell'esercizio professionale è peraltro previsto anche dall'attuale normativa: "... per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto" (DM 14/9/1994 n. 739 Profilo Professionale dell'Infermiere).

L'inserimento delle figure di supporto comporta un cambiamento organizzativo e professionale per l'infermiere il quale deve mantenere la centralità dell'offerta assistenziale pur non essendo più lui ad erogare prestazioni semplici. Per fare questo è necessario porre in essere un processo di pianificazione assistenziale, e avere un modello organizzativo per obiettivi.

Presso Divisione di Oculistica dell'Ospedale di Vicenza - USL 6 - dal settembre 2000 si è dato avvio ad un progetto di inserimento delle figure di supporto nella turnistica del personale infermieristico e nel febbraio 2001 si è proceduto ad una revisione dei piani di lavoro, già presenti presso l'unità operativa, e alla costruzione di percorsi assistenziali, allo scopo di far fronte alle difficoltà emerse.

## *Percorso per la revisione dei piani di lavoro e costruzione dei percorsi di assistenza infermieristica*

Il percorso posto in essere si può sintetizzare in:

- definizione della responsabilità delle figure di supporto e del personale infermieristico relativamente a procedure "storicamente" ritenute di competenza infermieristica, in questo caso il trasporto dei pazienti verso e dalla sala operatoria. Per questo è stato messo a punto un protocollo dettagliato per il trasporto dei pazienti operati (Tab. I). Nella stesura del protocollo si sono presi in esame i vari momenti critici, ma anche l'obiettivo, i destinatari, le caratteristiche legate alla figura dell'operatore: percorso formativo e riferimenti normativi, le caratteristiche legate all'attività (non comporta prestazioni diagnostiche-terapeutiche; è standardizzabile; è supervisionabile prima dall'infermiere di sala operatoria, e dopo dall'infermiere di reparto; è un'attività frequente nel reparto in oggetto, consente quindi all'operatore di mantenere la competenza necessaria per svolgerla) e infine le caratteristiche legate alla criticità del paziente.
- definizione dei percorsi assistenziali che mettono in evidenza: bisogni e attività diagnostiche-terapeutiche, eventuali problemi o rischi da monitorare. Questo percorso è stato costruito per ogni patologia e/o intervento chirurgico presente nell'unità operativa (vedi Tab. II). La presenza di percorsi assistenziali permette al gruppo infermieristico di definire le attività da svolgere, di dare chiare indicazioni alle figure di supporto. Queste ultime, grazie a dei percorsi definiti, sono in grado di svolgere la loro attività in collaborazione con l'infermiere o su indicazione (in questo caso sanno quali problemi devono essere riferiti).
- definizione del modello organizzativo: l'infermiere "turnista" è responsabile dei pazienti degenti e si avvale della figura di supporto. La figura dell'infermiere "di giornata" si occupa del ricovero dei nuovi pazienti, della gestione del DH, e coadiuvano l'infermiere turnista in alcune attività di tipo diagnostico-terapeutico in reparto (vedi Tab III).

La metodologia seguita per la revisione dei piani di lavoro e la costruzione dei piani di assistenza è

stata segnata da una serie di tappe:

- incontri con la Caposala
- un incontro con il personale infermieristico, che ha messo in evidenza le difficoltà legate all'inserimento delle figure di supporto nell'équipe assistenziale e le possibili strategie per superarle
- revisione dei piani di lavoro secondo i suggerimenti proposti dal gruppo
- analisi della tipologia dei bisogni del paziente e creazione di percorsi assistenziali per ogni patologia (in ogni percorso sono presenti sia le attività diagnostico-terapeutiche, sia i bisogni che vengano alterati dalla patologia o dall'intervento chirurgico, sia le attività trasferibili alla figura di supporto).

### *Percorsi Assistenziali del paziente in Oculistica*

I percorsi assistenziali individuati sono relativi alle seguenti patologie:

- Assistenza al paziente operato di cataratta in anestesia locale o generale
- Assistenza al paziente operato di glaucoma in anestesia locale o generale
- Assistenza al paziente operato di cataratta e glaucoma
- Assistenza al paziente operato distacco di retina (urgente e programmato)
- Assistenza al paziente operato di cheratoplastica
- Assistenza al paziente con patologie minori (Entropion, Ectropion, Blefarocalasi, Neoformazioni, Xantelasma, Sondaggio delle vie lacrimali nei bambini, Cheratotomia radiale).
- Assistenza al paziente operato di strabismo e di ptosi palpebrale
- Assistenza al paziente operato di I.O.L.
- Assistenza al paziente operato di Dacriocistorinostomia

### *Conclusioni*

Il percorso messo in atto per favorire l'inserimento delle figure di supporto ha consentito di:

- definire per iscritto i piani di lavoro delle varie figure professionali e le responsabilità connesse
- evidenziare i bisogni assistenziali e saper definire le attività trasferibili alle figure di supporto in relazione ad ogni singolo paziente
- concentrare in un unico strumento le informazioni necessarie per favorire l'integrazione fra l'infermiere e figure di supporto, grazie all'alta standardizzazione dei percorsi assistenziali. La costruzione di questi strumenti ha favorito l'inserimento nell'équipe assistenziale delle figure di supporto che non solo hanno dei piani di lavoro definiti ma per ogni tipologia di paziente sanno cosa riferire all'infermiere
- evidenziare le diagnosi infermieristiche maggiormente presenti in relazione alla tipologia di paziente, e il grado di dipendenza suddiviso per giornate di ricovero.
- mettere per iscritto i propri piani di lavoro e confrontarsi all'interno del gruppo infermieristico.
- favorire l'inserimento anche del personale infermieristico.

La definizione dei percorsi assistenziali non è, a nostro avviso, che il primo passo; raffinando questi strumenti è possibile definire dei piani di assistenza standardizzati con la definizione di diagnosi infermieristiche e la costruzione di un sistema informativo più completo dell'attuale.

**TAB I:** *Modalità di trasporto dei pazienti operati dalla sala operatoria al reparto.*

### **OBIETTIVO**

individuare le modalità di trasporto dei pazienti operati allo scopo di definire quando l'attività deve essere svolta da un infermiere e quando da una figura di supporto.

### **DESTINATARI**

infermieri e figure di supporto (OTA) della Divisione di Oculistica, nurse di anestesia/sala operatoria Oculistica ULSS 6.

### **ANALISI DEL PROBLEMA**

Per definire l'assegnazione dell'attività in oggetto alla figura dell'OTA si sono valutate:

**- le caratteristiche legate alla figura dell'operatore**

1. percorso formativo: tale figura professionale ha le conoscenze relative a tale prestazione, in quanto rientra

fra i programmi scolastici.

2. riferimenti normativi: è una prestazione prevista dal DPR 384/90, Mansionario dell'OTA, "provvede al trasporto degli infermi in barella ed in carrozzella ed al loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà".

**- le caratteristiche legate all'attività**

1. non comporta prestazioni diagnostico/terapeutiche  
2. è standardizzabile  
3. è supervisionabile prima dall'infermiere di sala operatoria, e dopo dall'infermiere di reparto  
4. è un'attività frequente nel reparto in oggetto, consente quindi all'operatore di mantenere la competenza necessaria per svolgerla.

**- le caratteristiche legate alla criticità del paziente**

Il protocollo non viene seguito in caso di:

1. pazienti operati in anestesia generale  
2. pazienti pediatrici



**TAB I: Modalità di trasporto dei pazienti operati dalla sala operatoria al reparto. (continua da pag 11)**

<b>TRASPORTO DEL PAZIENTE VERSO LA SALA OPERATORIA</b>			
<b>IN REPARTO</b>			
<b>PRESTAZIONE</b>		<b>MOTIVO</b>	
Preparare la barella, e il letto del paziente. Durante il trasporto le spondine della barella devono essere alzate.		Sicurezza e benessere del paziente	
Verificare l'identità del paziente da trasportare. Il personale infermieristico deve comunicare il nome e il cognome del paziente all'OTA, questo deve verificare, chiedendolo al paziente.		Non provocare scambi di pazienti	
Verificare che il paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- non abbia protesi dentarie, occhiali, lenti a contatto. Deve tenere le protesi acustiche, se il paziente viene operato in anestesia generale avvisare il personale di sala operatoria che il paziente è portatore di protesi acustiche, gli occhiali vanno portati in sala operatoria solo per alcuni interventi di strabismo.</li> <li>- non abbia smalto per unghie, trucco o monili</li> <li>- sia a digiuno</li> <li>- abbia indossato l'apposita camicia, il paziente può tenere gli slip e i calzini solo di cotone</li> <li>- abbia urinato prima di partire</li> <li>- sia adeguatamente informato circa la destinazione</li> </ul>		Garantire maggiore sicurezza e comfort al paziente	
<b>IN SALA OPERATORIA</b>			
<b>PRESTAZIONE</b>		<b>MOTIVO</b>	
Comunica nome e cognome del paziente al personale di sala.		Non provocare scambi di pazienti	
<b>TRASPORTO DEL PAZIENTE DALLA SALA OPERATORIA AL REPARTO</b>			
<b>IN SALA OPERATORIA</b>			
<b>PRESTAZIONE</b>		<b>MOTIVO</b>	
Verificare l'identità del paziente chiedendola al personale di sala		Non provocare scambi di pazienti	
Se si verifica la necessità da parte del personale infermieristico della sala operatoria di dare informazioni al collega, lo contatterà direttamente in reparto. <ul style="list-style-type: none"> <li>- NB: qualora si siano verificate complicanze durante l'anestesia, il trasporto del paziente dalla sala operatoria al reparto deve essere effettuato dal personale infermieristico, in questo caso il personale di sala operatoria deve avvisare il personale del reparto</li> <li>- I bambini e i pazienti operati in anestesia generale dovranno essere trasportati dal personale infermieristico</li> </ul>		Garantire la continuità assistenziale attraverso la comunicazione delle informazioni dal personale della sala operatoria a quello del reparto	
Verificare se il paziente deve mantenere l'accesso venoso. Se l'infusione deve essere mantenuta la flebo va sistemata sull'apposita asta porta-flebo e la velocità di infusione va regolata dal personale di sala operatoria. Se non va mantenuto l'accesso venoso va tolto dal personale di sala operatoria.		Garantire la pervietà dell'accesso venoso, e qualora fosse necessario, garantire la corretta infusione di liquidi.	
<b>DURANTE IL TRASPORTO</b>			
<b>COSA OSSERVARE</b>	<b>CONDIZIONE NORMALE</b>	<b>CONDIZIONE ALTERATA</b>	<b>COSA FARE SE LA CONDIZIONE E' ALTERATA</b>
STATO DI COSCIENZA	Risponde a domande semplici	è confuso risponde dopo varie sollecitazioni non risponde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se vicino alla sala operatoria ritornare</li> <li>- se in ascensore garantire la sicurezza del paziente evitando le cadute alzando le spondine</li> <li>- appena in reparto avvertire immediatamente l'infermiere</li> </ul>
RESPIRO	Eupnoico	dispnea apnea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se vicino alla sala operatoria ritornare</li> <li>- se in ascensore garantire la sicurezza del paziente evitando le cadute sollevando le spondine</li> <li>- se presenta dispnea sollevare la testiera</li> <li>- se presenta apnea mantenere la posizione supina, garantire la pervietà delle vie aeree</li> <li>- appena in reparto avvertire immediatamente l'infermiere</li> </ul>
STATO DELLA CUTI		pallore cianosi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se vicino alla sala operatoria ritornare</li> <li>- appena in reparto avvertire immediatamente l'infermiere</li> </ul>
<b>ALL'ARRIVO IN REPARTO</b>			
<b>PRESTAZIONE</b>		<b>MOTIVO</b>	
Avisare l'infermiere il quale valuta le condizioni del paziente		Garantire la continuità assistenziale	
Riferire eventuali alterazioni/problemi avvenuti durante il trasporto		Garantire la continuità assistenziale, e la sicurezza del paziente	
Sistemare il paziente a letto. Qualora il paziente non fosse autosufficiente, confuso o particolarmente pesante chiedere aiuto all'infermiere.		Garantire il comfort e la sicurezza la paziente	
Consegnare la documentazione clinica all'infermiere			
Riordinare la barella e il materiale			

**TAB II:** Esempio di percorso assistenziale, in questo caso per intervento di cataratta, sia in anestesia generale che locale.

INTERVENTO DI CATARATTA				
	IN ANESTESIA LOCALE		IN ANESTESIA GENERALE	
giornata	BISOGNI/ATTIVITA'	problemi	BISOGNI/ATTIVITA'	problemi
<b>1° giornata: ingresso</b>	<p>- <i>aspetti diagnostico terapeut.</i> controllare che sia presente un ECG se il paziente ha più di 70 anni (come da protocollo Anestesisti)</p> <p>- <i>alimentazione</i> digiuno dalle 24 del giorno precedente</p>		<p>- <i>aspetti diagnostico terapeut.</i> verificare che sia presente la visita anestesiologicala</p> <p>- <i>alimentazione</i> digiuno dalle 24 del giorno precedente</p>	
<b>2° giornata: intervento</b>	<p>- <i>aspetti diagnostico terapeut.</i> Dilatare: ore 6 visumidiatric-fenilefrina collirio + ciclolux collirio ore 6.30 (e ogni 30 minuti fino a quando lo si accompagna in sala operatoria) con visumidiatric-fenilefrina somministrazione della terapia prescritta alle ore 6.00 controllo della PA ore 7.30</p> <p>- <i>alimentazione</i> mantenere il digiuno fino alle ore 15 quando può assumere dieta idrica. Alle ore 18 può cenare</p> <p>- <i>mobilizzazione</i> dopo l'intervento rimane a letto fino alle ore 15, poi si alza accompagnato solo per usare il bagno, vestirsi, e per rifare la medicazione in ambulatorio.</p> <p>- <i>eliminazione</i> controllare che urini</p>	<p>- rischio di dislocazione della IOL</p> <p>- rischio di lipotime</p>	<p>- <i>aspetti diagnostico terapeut.</i> Dilatare: ore 6 visumidiatric-fenilefrina collirio + ciclolux collirio ore 6.30 (e ogni 30 minuti fino a quando lo si accompagna in sala operatoria) con visumidiatric-fenilefrina somministrazione della terapia prescritta alle ore 6.00 controllo della PA ore 7.30</p> <p>- <i>alimentazione</i> mantenere il digiuno fino alle ore 20 poi può assumere dieta idrica.</p> <p>- <i>mobilizzazione</i> al ritorno dalla sala operatoria il paziente deve rimanere supino o con decubito laterale opposto al lato operato. Abbassare le persiane e spegnere la luce. Rimane a letto fino alle ore 20 poi si alza accompagnato per usare il bagno e per la medicazione in ambulatorio</p> <p>- <i>eliminazione</i> controllare che urini, deve usare padella o pappagallo</p>	<p>- rischio di vomito</p> <p>- rischio di lipotime</p> <p>- rischio di dislocazione della IOL</p> <p>- rischio di globo vescicale</p>
<b>3° giornata:</b>	DIMISSIONE		DIMISSIONE	

**TAB III:** Descrizione in sintesi del modello organizzativo della Divisione di Oculistica dell'OC di Vicenza

PRESENZA PERSONALE IN SERVIZIO		
	REPARTO	DH
<b>Mattino</b>	1 IP + 1 OTAA o IG + 1 OTAA per attività alberghiere (escluso il fine settimana)	1 IP a tempo pieno + 1 IP a PT Dal lunedì al venerdì
<b>Pomeriggio</b>	1 IP + 1 OTAA o IG + 1 OTAA per attività alberghiere (escluso il fine settimana)	
<b>Notte</b>	1 IP + 1 OTAA o IG	

### RINGRAZIAMENTI

Gli autori ringraziano il Dirigente Medico Responsabile Dr. Massimo Pedrotti, gli Infermieri Bonfiglioli Licia, Dal Prà Susanna, Grandi Simone, gli IG Guarda Margherita, Loro Goreta, Milan Fiorenzo, Tealdo Paola, gli OTAA Cattelan Mariangela, Lora Anna, Mondin Roberta, Stander Nadia, Tonello Luigino, il Dr. Alberto Carlotto e tutti i Medici della Divisione di Oculistica per la fattiva collaborazione nella realizzazione del progetto.

# Una risposta assicurativa alla nuova responsabilità civile dell'infermiere

*di Pietro Locatelli*

Nel corso degli ultimi anni il nostro ordinamento giuridico, con l'approvazione della legge n. 42 del 1999 e la n. 251 del 2000, ha apportato delle variazioni di portata storica che stravolgono alcuni aspetti della professione infermieristica italiana.

Enunciamo alcuni tra i punti che caratterizzano la riforma:

- Eliminazione della parola "ausiliarie";
- Riforma del ciclo di studi con introduzione del diploma di laurea di primo livello;
- Abrogazione del mansionario;
- Introduzione della dirigenza sanitaria e dei rispettivi corsi di laurea.

L'eliminazione della parola "ausiliarie" permette finalmente di far scomparire la suddivisione anacronistica delle professioni sanitarie tra Principali ed Ausiliarie, laddove per principali si intendevano le professioni di Medico, Veterinario, Farmacista ed Odontoiatra mentre in quelle ausiliarie le professioni di Infermiere, Assistente Sanitario, Vigilatrice d'infanzia e Ostetrica.

La seconda grande innovazione è l'abolizione del mansionario come fonte privilegiata da un punto di vista normativo dell'esercizio professionale.

Con l'introduzione di queste radicali novità era quindi necessario prevedere anche una riforma dei cicli di studio per accedere alla professione, sia con l'introduzione del diploma di laurea triennale, sia con il corso di laurea di II livello che permette di intraprendere la carriera della dirigenza sanitaria.

Questa breve introduzione delle novità introdotte dalle leggi n. 42 del 1999 e n. 251 del 2000, ci permette di affermare che la responsabilità civile dell'infermiere è radicalmente mutata; anche l'infermiere può essere chiamato a rispondere in proprio del Suo operato. E' un professionista a tutti gli effetti e di conseguenza ne risponde come tale, infatti non ha più un mansionario a cui fare riferimento per l'esercizio della professione e inoltre non è ausiliare al medico. Il medico e l'infermiere hanno competenze diverse, ma entrambi sono soggetti civilmente responsabili.

A questo punto è importante aprire una parentesi sul significato di colpa secondo l'ordinamento giuridico italiano. Un'attività è giudicata colposa se svolta con negligenza, imprudenza e imperizia; la legge prevede gradi diversi di intensità della colpa che permettono di spostarci dalla colpa lieve a quella grave. Il grado, ovviamente, è deciso nel corso di un procedimento processuale.

La nostra giurisprudenza prevede che nel caso di responsabilità civile con colpa grave si può procedere a richiedere i danni direttamente su colui o coloro che hanno causato il danno, ovvero si pratica la rivalsa, questo poiché il nostro ordinamento vuole responsabilizzare i professionisti del proprio operato.

In questa nostra breve esposizione non prendiamo in esame il concetto di attività dolosa poiché nel suddetto caso non ci troviamo più in un procedimento civile ma in quello penale.

Avendo voluto far diventare la professione dell'infermiere primaria, anche gli iscritti IPASVI si possono trovare di fronte, come già da parecchi anni avviene per i medici, alla rivalsa quando il fatto è causato con colpa grave. Nasce quindi l'esigenza di una tutela assicurativa che protegga i professionisti e si sostituisca nel pagamento di un eventuale richiesta economica per danni causati dal proprio operato.

Un testo assicurativo che assolve alla funzione di tutela degli infermieri difendendo i professionisti nel caso fossero coinvolti in una richiesta danni esercitata da una terza parte, dovrebbe avere alcune

caratteristiche:

- Assicurazione della responsabilità civile professionale valida per le attività svolte presso unità ospedaliere pubbliche e private, di volontariato e come liberi professionisti, in qualsiasi paese della Comunità Europea.
- Massimale annuo e per evento di lire 1.500.000.000, incrementabile secondo l'esigenza del professionista.
- L'Assicurazione deve valere per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, ovvero il fatto può essere avvenuto anche nel passato purché non conosciuto al momento della stipula del contratto assicurativo. Inoltre per coloro che dovessero cessare l'attività professionale nel corso del periodo contrattuale, la copertura assicurativa avrà effetto anche per le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato entro il termine di dodici mesi dalla data di cessazione della polizza, a condizione che il fatto che ha originato il sinistro si sia verificato nel periodo di validità della polizza stessa.
- La polizza deve operare a *primo rischio* nel caso di attività libero professionali, a *secondo rischio* quando i massimali dell'assicurazione dell'unità ospedaliera non sono sufficienti rispetto alla richiesta danni e ultimo, ma di primaria importanza, quando viene deliberata la *facoltà di rivalsa* su chi ha commesso il fatto.

In questo nuovo scenario voluto fortemente dal nostro ordinamento reputiamo necessaria una tutela assicurativa per tutti coloro che esercitano l'attività di Infermiere, e non solo, in modo tale che la professione sia svolta nel modo più tranquillo e sereno, caratteristiche necessarie per la buona riuscita del proprio lavoro.

# Quella luce artificiale...

## intervista all'infermiere di Rianimazione

*a cura di Sonia Dal Degan*

*Nella società occidentale il trauma costituisce la prima causa di morte nella popolazione al di sotto dei 40 anni. Quotidianamente medici ed infermieri, prima sul territorio e poi nelle Unità di Anestesia e Rianimazione, lottano contro il tempo, lavorano e uniscono le competenze, le esperienze, le capacità tecniche e relazionali per ripristinare l'alterato equilibrio fisico e psichico di una persona e dei suoi familiari. Operatori sanitari che collaborano per salvare una vita e per ridurre al minimo le complicanze che l'evento traumatico porta con sé. Situazioni difficili, piccoli e grandi drammi che mettono a dura prova la stabilità emozionale di ogni operatore sanitario, tanto in un grande ospedale di città quanto in uno di provincia.*

*L'intervista fatta alla signora Arianna Battistello, ex Caposala della Rianimazione di Thiene, che qui di seguito è riportata, vuole far conoscere quali difficoltà e quali soddisfazioni l'Infermiere può avere nell'esercizio della sua Professione in un reparto di Anestesia e Rianimazione.*

*Quali problematiche più frequentemente presenta un paziente ricoverato in una Unità di Rianimazione?*

La patologia più frequente è l'insufficienza respiratoria, seguita da arresti o scompensi cardiocircolatori, da scompensi metabolici, da traumi di varia natura (esclusi quelli di competenza neurochirurgica e cardiocirurgica, i quali vengono direttamente indirizzati all'Ospedale di Vicenza per l'alta specializzazione). Inoltre abbiamo almeno tre o quattro casi di malattie neurologiche degenerative (pazienti affetti da S.L.A. che necessitano di sostegno respiratorio continuo, costretti al ricovero in Rianimazione anche per mesi).

I pazienti che arrivano presso il nostro servizio vengono principalmente dal territorio (dalla strada o dal domicilio), accompagnati dal personale del 118. Può accadere che un medico di Rianimazione venga chiamato in consulenza da altri reparti per un intervento sul posto o per valutare un trasferimento. Dal Pronto Soccorso può essere chiamato un medico di Rianimazione che seguirà il paziente per il sostegno delle funzioni vitali, per un eventuale intervento di intubazione endotracheale, per tutto l'iter diagnostico fino al ricovero in Rianimazione. Da altri presidi ospedalieri provengono pazienti in via di risoluzione che devono essere sottoposti alle procedure di "svezzamento" dalla ventilazione meccanica, o per assistenza post chirurgica di competenza territoriale, o per concludere il percorso terapeutico (sostegno respiratorio, trattamento farmacologico conservativo).

*Come avviene il passaggio di consegne tra il personale infermieristico del Servizio 118, del Pronto Soccorso o degli altri reparti?*

Le informazioni relative alla patologia, all'iter diagnostico e al trattamento farmacologico sono prevalentemente fornite dal medico che prende in carico il paziente e dalla documentazione che lo accompagna (cartella clinica). È importante il momento della consegna tra infermieri perché si ottengono informazioni legate all'aspetto familiare del paziente e agli effetti personali. Informazioni relative ad esami in corso o riguardanti manovre infermieristiche compiute o da completare, che indirizzano sia il nostro lavoro che l'approccio relazionale. Al contrario di come avviene in Pronto Soccorso nella fase finale del processo decisionale di triage, non viene assegnato un codice di gravità, in quanto il nostro assistito è sempre in una situazione critica (codice rosso).

*Come vengono garantiti e gestiti alcuni aspetti come la centralità del paziente, il consenso informato, l'autonomia decisionale, il ruolo sociale?*

Sia il codice di deontologia medica (1998) che quello di deontologia infermieristica (1999) precisano l'obbligo da parte del medico di informare e dell'infermiere di adoperarsi affinché il paziente disponga di informazioni globali e non solo cliniche. Naturalmente questa normativa è sempre presente e regola i comportamenti degli operatori. Il tentativo di centrare sull'individuo l'attenzione rivolta a tutelare la sua autonomia si mette in pratica tutte le volte che è possibile. In tutti quei casi in cui le condizioni del paziente determinano uno stato di necessità, ci si avvale della teoria dottrina del "consenso presunto o presumibile", cioè si agisce in modo da considerare sussistente la volontà del paziente in quanto basata sull'istinto di "autoconservazione e della volontà di vivere del soggetto e che quindi egli avrebbe prestato, se avesse potuto, il proprio consenso". Diventa importantissimo il ruolo della famiglia, che viene coinvolta nel processo decisionale.

La difficoltà che l'infermiere incontra è data dalla ridotta possibilità di relazionare con il paziente. Tutti quei segnali che il corpo invia vengono recepiti dall'occhio sensibile dell'infermiere, ma quel particolare modo di porsi in relazione d'aiuto viene a mancare e non trova gli stessi canali con i congiunti.

Molto spesso questo limite viene superato con un impegno di energie rivolte alla conservazione ottimale dell'integrità fisica.

### *Come viene vissuta l'esperienza della donazione d'organo dal personale infermieristico?*

Anche presso la nostra U.O. in caso di morte cerebrale (accertata dalla commissione preposta) si attua il protocollo della "donazione d'organo". Essendo un piccolo presidio ospedaliero succede raramente, ma non per questo perde di importanza tale evento: impegnativo dal punto di vista tecnico lavorativo e dal punto di vista emozionale. Il protocollo (fornito dalla FITO), conosciuto ed accettato, scatta senza problemi. Quello che fa riflettere e merita una certa attenzione è la dimensione etica e morale vissuta dagli operatori nei confronti dell'ideologia del progresso. L'infermiere con molti anni di esperienza è culturalmente legato alla valenza simbolica di alcuni organi. La morte cardiaca dà il senso del passaggio del confine tra la vita e la morte. La respirazione e la circolazione sanguigna artificiali hanno reso possibile lo spostamento di questa frontiera, fino a quando avviene la determinazione del momento della morte clinica. Agli infermieri più giovani il fatto di possedere un'altra cultura, una diversa formazione più basata sulle evidenze scientifiche (la morte dell'individuo è determinata dalla morte cerebrale), non basta a liberarli dal conflitto etico. Entrano in gioco aspetti personali legati alla religione, alla morale, alle esperienze, alle emozioni. Quando non c'è un supporto psicologico o una guida diventa fondamentale seguire i corsi che la FITO propone.

Le diverse modalità di approccio e reazione ad un evento simile hanno bisogno di essere coordinate e guidate. La figura del Caposala, il gruppo di lavoro, il medico, ognuno con le proprie competenze, in un rapporto di collaborazione, di integrazione, di buona relazione aiuta ad affrontare i dubbi e i dilemmi etici, ma comunque un evento di questo genere non lascia certamente indifferenti.

"Leader" della situazione è certamente il medico, il quale contatta i familiari e chiede il consenso alla donazione. Normalmente la figura dell'infermiere in questo particolare momento non è prevista. A nostro parere questa esclusione preclude la possibilità sia a noi infermieri sia al familiare stesso, di instaurare una relazione efficace, che diventa fondamentale quale aiuto nelle ultime drammatiche ore in cui il parente sta vicino al suo congiunto che "sembra" ancora vivere. Inoltre, essere presente nel colloquio con il medico, aiuterebbe gli infermieri a integrarsi maggiormente nell'équipe. Per il familiare, anche solo avere altri due occhi su cui poggiare lo sguardo durante un tale colloquio, sarebbe di sostegno e conforto. Risulterebbe inoltre più facile affrontare e dare risposta a tutte le domande e le opinioni che i familiari, inevitabilmente, chiedono agli infermieri una volta che il medico si è allontanato.

### *Come si integra il lavoro dell'infermiere con quello delle altre figure professionali? Quali altre attività vi impegnano durante il vostro servizio?*

Il lavoro d'équipe è fondamentale per la buona riuscita di un intervento nella fase acuta del paziente critico. La maggior parte delle prestazioni sono la somministrazione di terapie, l'esecuzione di esami, manovre legate ad una prescrizione e valutazione medica. Quando il medico e l'infermiere si sono sufficientemente conosciuti e misurati per capacità e competenza, si instaura spontaneamente un rapporto di reciproca fiducia che permette una vera integrazione, un modo di lavorare che supera il "*mi compete o non mi compete*".

Attualmente il lavoro è organizzato per compiti, ovvero non ci sono piccole équipe come in altre Unità di Rianimazione, quindi, dei quattro infermieri che ci sono in turno al mattino, due eseguono le cure igieniche di tutti i pazienti, gli altri si occupano della terapia. Al termine di queste attività un IP collabora con il medico e il primario nel giro delle visite.

Compete a noi anche il trasporto di pazienti critici in altre U.O. o strutture, l'accompagnamento degli stessi negli ambulatori per accertamenti diagnostici, le uscite con l'anestesista di guardia in caso di chiamate da altre U.O. o dall'Ostetricia per i cesarei, consegna e ritiro di materiale di laboratorio, richieste per esami, per sangue e documenti di vario genere. Periodicamente seguiamo gli allievi OTA nello svolgimento del tirocinio. Inoltre spetta all'infermiere l'imponente lavoro della pulizia e disinfezione di attrezzature e presidi.

### *Che cosa gratifica maggiormente l'infermiere di Rianimazione?*

La guarigione del paziente, o quanto meno il superamento dalla fase critica, il trasferimento in reparto successivo al nostro, sono sempre una soddisfazione. Nella nostra realtà ospedaliera è possibile seguire e conoscere le condizioni dei pazienti anche dopo che sono stati dimessi, questo ci permette di concludere un processo emotivo che normalmente rimane in sospeso. Quando accade che parenti, amici o addirittura qualche paziente venga con le sue stesse gambe a ringraziarci, rinforza in noi la motivazione e ci gratifica conferendo particolare significato al nostro operare. È molto importante anche nell'équipe il riconoscimento, sia del collega sia del medico, per una tecnica eseguita bene o per una risposta data in modo adeguato. Lavorare in sintonia, in una situazione critica quando ognuno sa cosa deve fare, vedere il buon risultato ottenuto è ulteriore motivo di soddisfazione. Tutto questo grazie ad una modalità di lavoro trasmessa e recepita da tutti, che potrebbe concretizzarsi in protocolli se solo si avesse la possibilità di verbalizzarli.

### *Quali sono i disagi che più sentite nel lavorare in un'area critica?*

Il continuo stato emotivo di tensione, che serve a mantenere il livello di attenzione, a lungo logora. Senza contare la costante presenza del suono degli allarmi che arriva a snervare. L'ambiente fisico circoscritto e altamente artificiale, oltre ad alterare i bioritmi del paziente, intacca anche i nostri. Gli eventi traumatici con exitus e le reazioni dei parenti sono vissuti come momenti di malessere da tutti. Ci mettono fortemente in difficoltà alcune situazioni gravi, per le quali è necessario proseguire cure e assistenza, pur sapendo che difficilmente porteranno ad un buon esito.

### *Quanto tempo di affiancamento e di esperienza deve fare un infermiere per poter finalmente agire in piena autonomia, con competenza e sicurezza?*

Normalmente sono necessari dai 2 ai 6 mesi di affiancamento per portare un nuovo infermiere ad un grado sufficiente di autonomia. Questo modo di lavorare insieme crea il dialogo, favorisce il confronto e la comunicazione. La competenza, l'efficacia e l'efficienza di ogni singolo atto riduce le perdite di tempo e sprechi di risorse, inoltre limita situazioni di stress che potrebbero mettere in pericolo non solo la salute del paziente, ma anche l'equilibrio dell'operatore. A mettere a dura prova l'inserimento e l'adattamento di un nuovo infermiere in un reparto di Rianimazione, oltre alla sempre presente gravità delle condizioni del paziente, c'è l'uso di apparecchi sofisticati, tecniche e manovre particolarmente impegnative, l'impiego di farmaci vitali, processi mentali complessi che richiedono uno sforzo particolare e una istruzione meticolosa e attenta da parte di personale più esperto.

L'attuale situazione di emergenza infermieristica ha portato a ridurre notevolmente i tempi di inserimento a un mese provocando problemi di turnistica e carichi di lavoro pesanti. Vengono quindi a mancare i presupposti perché siano ridotti i dubbi e i momenti di incertezza, che trovano comunque risposta nella figura del caposala, dei colleghi stessi, dei medici.

*Cosa è cambiato nell'agire quotidiano dell'infermiere di Rianimazione alla luce delle modifiche normative avvenute negli ultimi anni? In quali casi l'infermiere agisce in autonomia, senza prescrizione del medico?*

La legge 42/99 definisce la professione infermieristica non più ausiliaria ma con una propria dignità e con un campo proprio di autonomia. Viene abolito il mansionario (D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225) e vengono indicati tre criteri guida: il Profilo Professionale (D.M. 14 settembre 1994, n. 739), il Codice Deontologico 1999 e la formazione di base e post base. La legge però impone anche due limiti: quello delle competenze previste per i medici e quello per gli altri professionisti sanitari laureati. Di fatto nell'agire quotidiano in reparto di Rianimazione non è cambiato molto: ancora quando vigeva il mansionario non c'era un confine netto tra ciò che competeva al medico e ciò che competeva all'infermiere. Esistevano già dei protocolli stabiliti con i medici, dettati dalla pratica quotidiana che permettevano una certa collaborazione e fiducia reciproca nell'esecuzione delle manovre. Ora il nostro agire non si è modificato. L'assistenza di base, tutte le attività dettate dalle nostre conoscenze, dai nostri approfondimenti, confronti o consulenze tra colleghi e così come pure quelle prestazioni su prescrizione medica continuiamo a farle assumendoci tutte le responsabilità che ne derivano. Ciò che si sta modificando è l'idea di essere finalmente sganciati da uno dei mezzi di contenzione, che era il mansionario, per poter agire secondo scienza e coscienza, puntando decisamente sull'Organizzazione e sull'Integrazione. Per parlare di coerenza, di appropriatezza e di efficienza dovremo tendere tutti a questo modo di pensare, solo così potremo sentirci parte di un servizio al cittadino con un impegno preciso da rispettare e far rispettare.

Le attività che svolgiamo in piena autonomia sono quelle di assistenza di base, l'igiene al paziente critico, la mobilitazione (con i limiti dettati dalla patologia), la relazione con il paziente e i suoi familiari.

*All'interno dell'équipe esiste un gruppo di lavoro dedicato allo studio?*

No. Attualmente non esiste un gruppo costituito per la ricerca e l'approfondimento di teorie o metodi di lavoro. Come ho già detto, non esistono protocolli scritti, o un'organizzazione del lavoro per obiettivi, non c'è ancora la logica dell'impiego strategico delle risorse umane e una distribuzione dei compiti efficace. Questo riduce notevolmente il tempo a disposizione per qualsiasi altra cosa che non siano le attività di assistenza diretta o di carattere amministrativo-burocratiche. Ciononostante ogni infermiere è consapevole di questo limite, sente l'esigenza di una soluzione immediata e per quello che gli è possibile, contribuisce nel quotidiano, con ogni piccola azione, a dirigersi verso nuovi approcci: propone, si aggiorna, si confronta. Gli infermieri sarebbero entusiasti di poter costituire un gruppo di studio, ma ci sono ancora dei grossi ostacoli che non dipendono direttamente dal loro agire o dal loro essere: l'organizzazione generale, la carenza di personale infermieristico, la mancanza di una figura di supporto efficace, il grosso carico di lavoro e la conseguente stanchezza fisica e psicologica permettono incontri periodici solo per organizzare i turni, le ferie e la gestione degli studenti.

*Considerato il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), la vostra Azienda propone momenti formativi?*

L'aggiornamento professionale e la formazione permanente costituiscono requisito indispensabile per svolgere attività professionale. Così recita il D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 ed i decreti attuativi della riforma ter. Tutte le proposte formative finalizzate a migliorare le competenze, le abilità cliniche, tecniche, manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico, sono ricercati autonomamente avvalendosi delle proposte delle associazioni di settore (ANIARTI, FITO), che vengono però lasciate alla buona volontà del singolo.



**L'azienda sta organizzando, attraverso il servizio infermieristico e l'ufficio di formazione del personale, alcuni corsi come per esempio: BLS - D.Lgs. 626/94 norme in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro - Infezioni ospedaliere - Protocolli e Linee Guida assistenziali.**