



CONGRESSO REGIONALE ANMCO SICILIA CARDIONURSING 2010

ATTI DEL CONGRESSO

Ragusa ^{8/9}
Ottobre
due miladiecì
Poggio del Sole

Referenti Regionali ANMCO Sicilia
Dr.ssa G. Maura Francese
Dott. Angelo Gambera



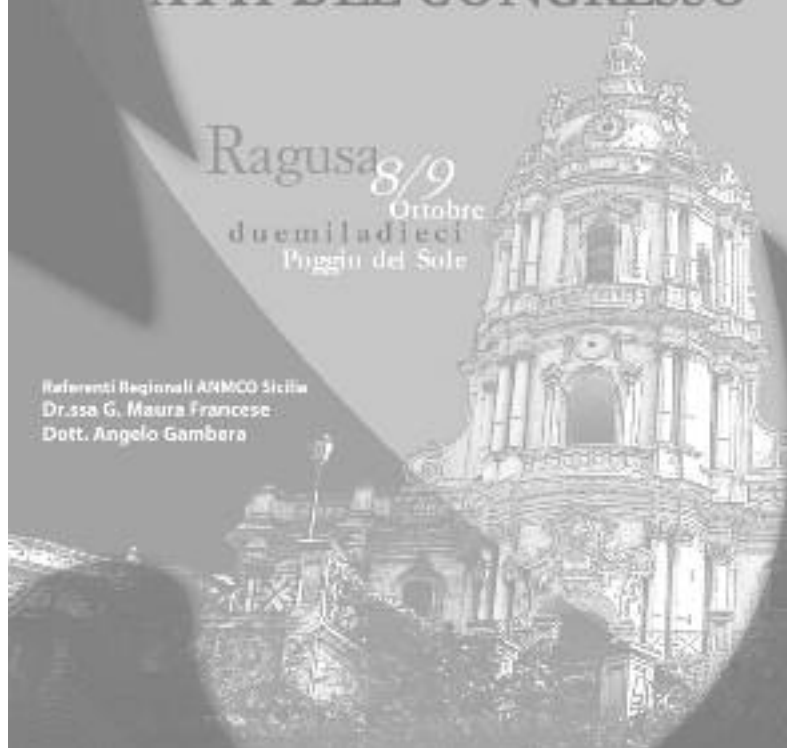


CONGRESSO REGIONALE
ANMCO SICILIA
CARDIONURSING 2010

ATTI DEL CONGRESSO

Ragusa 8/9
Ottobre
duemiladieci
Poggio del Sole

Referenti Regionali ANMCO Sicilia
Dr.ssa G. Maura Francese
Dott. Angelo Gambera



Dal 2003 si svolge l'evento Regionale Cardionursing ANMCO Sicilia che ha visto un crescendo non solo di partecipanti (oltre 270 iscritti lo scorso anno) ma anche delle giornate (da una a due) ciò a testimonianza del grande interesse scientifico che tale evento, negli anni, ha suscitato.

Il programma scientifico di questa 9ª edizione prevede 5 simposi, 2 how-to, una tavola rotonda ed una sessione dedicata alle comunicazioni libere.

Saranno affrontati argomenti di notevole interesse pratico quali: Responsabilità del Medico e dell'Infermiere nella gestione della cartella clinica. Per far chiarezza su questi argomenti è stata inoltre ipotizzata una **tavola rotonda** che prevede un confronto diretto tra il pubblico e figure competenti che risponderanno su un argomento scottante: **“L'Infermiere e la Responsabilità nel quotidiano (profili penali, civili, amministrativi e deontologici)”**.

Gli argomenti che saranno trattati scaturiscono dalle vostre richieste ma anche dalla necessità di favorire il fabbisogno formativo degli infermieri siciliani. I contenuti delle relazioni, sono stati sottoposti ad una attenta valutazione, attraverso un'accurata lettura critica della letteratura scientifica di riferimento.

Gli argomenti trattati riguardano: **1) L'infermiere e il supporto clinico assistenziale** nel paziente con dolore toracico sia in fase acuta e/o in elezione; **2) Gestione del paziente portatore di Device** sia attraverso sistemi di controllo remoto, educazione sanitaria e counseling, all'estrazione dei cateteri; **3) Gestione del paziente in area critica**, **4) Medici e Infermieri a confronto**. A completamento di questo programma scientifico già ricco di argomenti si aggiunge una mini-sessione (il cateterismo cardiaco destro) e due how-to (la tricotomia preoperatoria e l'incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche; assistenza al paziente sottoposto ad intervento coronarico) e l'assistenza al paziente sottoposto a intervento coronario

A conferma del successo riportato lo scorso anno è previsto uno spazio dedicato alla presentazione di comunicazioni libere, espressione d'interesse e crescita culturale.

La novità relativa al cardionursing 2010 sono i tre corsi teorico pratici che si svolgeranno in sale attigue riguardanti l'uso pratico del contropulsatore aortico, che sarà a vostra disposizione, e la simulazione di due casi di emergenza in cardiologia e al dipartimento d'emergenza, con l'utilizzo pratico di un simulatore.

A conclusione dei lavori verrà presentata una lettura magistrale sulla **Formazione Permanente** a conferma di quanto questo è l'aspetto a cui noi crediamo in maniera profonda per rendere il nostro lavoro quotidiano espressione di crescita non solo professionale ma anche culturale.

Infine vogliamo esprimere un sentito ringraziamento a tutti coloro che si sono prodigati per la riuscita di questo congresso, dedicato alle professionalità che giornalmente espletano le loro competenze nell'ambito di équipe assistenziali. Inoltre è nostro desiderio ringraziare tutti gli Autori e ai giovani che con il loro contributo scritto hanno permesso, anche quest'anno, la realizzazione degli atti congressuali e la diffusione della cultura cardiologica in Sicilia.

Buon lavoro a tutti.

G. Maura Francese

Ref. Regionale Cardionursing ANMCO Sicilia
Segretario Regionale ANMCO Sicilia



Angelo Gambera

Ref. Regionale Cardionursing ANMCO Sicilia



PRESIDENTE ANMCO REGIONALE SICILIA

Dott. Ernesto MOSSUTI

Azienda Ospedaliera "Umberto I", Siracusa

CARDIONURSING SICILIA

Dott.ssa G. Maura FRANCESE

U.O.C. di Cardiologia "Garibaldi-Nesima", Catania

Dott. Angelo GAMBERA

U.O. della Formazione A.O.U. "Policlinico Vittorio Emanuele"

Presidio Ospedaliero Vittorio Emanuele - Catania

CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO SICILIA

Francesco AMICO

Calogero CATALANO

Roberto DI PAOLA

Giovanna GERACI

Gianni MOBILIA

Leonardo PATANE'

Ignazio SMECCA

CAPITOLO 1:**L'INFERMIERE E IL SUPPORTO CLINICO ASSISTENZIALE NEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO****Moderatori: M. Leocata - C. Lumia - G. Modica**

Il ruolo infermieristico nella fase acuta di angina G. Romeo	9
Competenze e responsabilità infermieristiche nella preparazione del paziente in elezione alle procedure diagnostico-interventistiche coronariche: dalla degenza alla sala di emodinamica B. Arena, D. Cornaggia	11
Assistenza critica post procedura emodinamica complessa C. Battaglia	13
Quando e dove inizia il ruolo infermieristico nell'educazione del paziente e della famiglia F. Frittitta	14

CAPITOLO 2:**GESTIONE DEL PAZIENTE IN CONDIZIONI CRITICHE****Moderatori: A. Pulvirenti - M. R. Salpietro**

Risk management: caso clinico M.T. Cinà	15
Modelli organizzativi per l'assistenza in area critica R.A. Varagona	17
Indicatori assistenziali legati alla Joint Commission in area critica M. Pezzino	24

CAPITOLO 3:**GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI DEVICE****Moderatori: B. Burrometo - S. Giacalone - E. Ingraldi**

Educazione sanitaria e counseling N.F. Ferro	31
Ruolo dell'infermiere nell'organizzazione di un sistema di controllo remoto C. Marino	32
Ruolo dell'infermiere nel paziente sottoposto ad estrazione di cateteri G. Cisca	36

CAPITOLO 4:**MEDICI E INFERMIERI A CONFRONTO****Moderatori: A. Carrubba - G. Mangiapane**

Responsabilità del Medico nella gestione della cartella clinica F. Platania	40
La riabilitazione: Linee Guida G. Vicari	44
Scheda unica della terapia Competenze Mediche G. Satullo	47
Scheda unica della terapia Competenze Infermieristiche R. Episcopo	49

CAPITOLO 5:**HOW-TO: LA TRICOTOMIA PREOPERATORIA E L'INCIDENZA DELLE INFEZIONI DELLE FERITE CHIRURGICHE: STUDI A CONFRONTO***Moderatori: V. Mazzeo - G. Piccione*

Infermiere <i>G. Di Dio</i>	56
Medico <i>E. Cavalieri</i>	59

CAPITOLO 6:**L'INFERMIERE E LA RESPONSABILITÀ NEL QUOTIDIANO (PROFILI PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVI E DEONTOLOGICI)***Moderatori: G. M. Francese - A. Gambera*..... 60**CAPITOLO 7:****CATERISMO DESTRO: SWAN GANZ***Moderatori: M.A. Gibiino - N. Reseca*

Materiale e metodo di applicazione <i>S. Marletta</i>	64
Come interpretare i dati <i>F. Cerruto</i>	66

CAPITOLO 8:**HOW-TO: ASSISTENZA AL PAZIENTE SOTTOPOSTO A INTERVENTO CORONARICO***Moderatori: F. Amico - S. Occhipinti*

Approccio radiale <i>V. Gulli</i>	67
Approccio femorale <i>A. Mammone</i>	68
LETTURA: La formazione permanente <i>S. Egman</i>	72

CAPITOLO 9:**LIBERE COMUNICAZIONI**

Relazione dei lavori della commissione per la realizzazione di una cartella clinica specifica	74
Confronto tra cartella infermieristica e cartella clinica	76
La cartella infermieristica informatizzata in cardiologia: considerazioni generali e modello applicato all'ospedale papardo di messina	77
Il monitoraggio emodinamico: quali competenze e quante responsabilità per l'infermiere in utic!	78

ATTI DEL CONGRESSO

IL RUOLO INFERMIERISTICO NELLA FASE ACUTA DI ANGINA

Giacomo Romeo,

ASP3 Ospedale Gravina, Caltagirone (CT)

Si definisce angina pectoris il dolore, di tipo gravativo - costrittivo in sede retrosternale con irradiazione al giugulo, alla mandibola, alle spalle, e alla regione interscapolo-vertebrale, quest'ultimo spesso coinvolgente l'arto superiore di sinistra o entrambi gli arti superiori, in genere accompagnato da sudorazione algida e dispnea. Può insorgere sia a riposo sia sotto sforzo fisico. Per la classificazione del dolore toracico ci si avvale di "tabelle di score" dove sono inseriti, in base alla localizzazione e alle caratteristiche del dolore, dei punteggi dalla somma dei quali si classifica in dolore tipico o atipico inoltre un'altra tabella che, in base ad altre caratteristiche (anamnesi, obiettività, ecg e markers cardiaci), ci indica l'alta, media e bassa probabilità che ci si trova di fronte ad una sindrome coronarica acuta. In questa fase si stabilisce il programma terapeutico che può essere conservativo medico oppure invasivo, ed il tipo di rischio (basso, medio, alto) avvalendosi delle tabelle TIMI SCORE e GRACE SCORE.

La diagnosi di angina pectoris viene spesso formulata con la descrizione del tipo di dolore che il paziente riferisce e, confermata dall'elettrocardiogramma e dall'ecocardiogramma. Gli esami di laboratorio sono utili a stabilire se si è verificato un danno miocardico e se vi sono altre patologie di base, o predisponesti; si effettua, inoltre, una RX del torace.

RUOLO INFERMIERISTICO

Identificazione paziente: all'arrivo in reparto al paziente viene assegnato il posto letto, che su disposizione medica può essere in degenza o in UTIC viene accolto dall'infermiere di sala che lo invita a mettersi a letto aiutato dall'OSS e, nel caso lo ritenga opportuno, se ne occupa personalmente. Se viene ricoverato in UTIC, si effettua la tricotomia in corrispondenza dei punti di applicazione degli elettrodi per il monitoraggio elettrocardiografico continuo. L'infermiere intervista il paziente circa i dati anagrafici, i disturbi avuti e quelli in atto.

Problema dolore ed ansia: dopo aver reperito un accesso venoso e contestualmente eseguito un prelievo ematico, compilata la cartella infermieristica, rilevati i parametri vitali, eseguito l'ECG, raccoglie, elabora e mette in atto le azioni sia in relazione ai bisogni del paziente (in particolare il dolore toracico), sia in relazione alle disposizioni mediche, non trascurando lo stato d'ansia che accompagna l'angor.

Obiettivo: è la scomparsa del dolore e dello stato ansioso-depressivo.

Intervento infermieristico: l'infermiere, in questa fase deve mettere in atto quelle azioni che servano, al paziente, ad attenuare lo stato di sofferenza sia in senso psicologico (empatia) e sia predisponendo e mettendo in atto l'approccio farmacologico antidolorifico (cura della causa, cura del sintomo). Quindi si deve considerare il paziente come una "unità psicofisica". Dall'interagire iniziale di questi tre attori (paziente, infermiere, medico), si conoscono i bisogni e si stabilisce la priorità d'azione.

Valutazione del risultato: se le azioni hanno avuto beneficio si noterà, per esempio, che il paziente inizierà a relazionarsi più tranquillamente e, se l'angor è regredito, a tratti inizierà a riposare. Problema cardiaco, diagnosi infermieristica: il paziente si ricovera spesso, ancora, con dolore retrosternale, con problemi anche emodinamici o di comorbidità, sudato ed in preda a stress da ansia.

Obiettivo: che ci prefiggiamo in "equipe integrata" (medico-infermieristica), è di dare al paziente un immediato sollievo sia per la parte clinica sia per l'ansia.

Intervento infermieristico: al paziente si posiziona la maschera per ossigenoterapia, viene, quindi, eseguito l'ECO, che viene contestualmente valutato dal medico, dietro la cui disposizione, l'infermiere somministra la terapia avvalendosi, per alcuni farmaci di protocolli in uso nella U.O.. Si somministrano: antidolorifici o sedativi (morfina o suoi derivati) tenendo conto che questi hanno effetti sul SNC, antianginosi nitroderivati, tenendo conto che possono avere effetto ipotensivo monitorizzando la PA inizialmente ogni due minuti, ed inoltre, eparina sodica ev (sono previste sul carrello di terapia alcune tiale di solfato di portamina in modo, eventualmente da poter neutralizzare rapidamente l'effetto della stessa eparina), o eparina a basso peso molecolare se, ossigenoterapia, antiaggreganti piastrinici (ASA), terapia antitrombotica, contemporaneamente alla somministrazione dei farmaci, si tranquillizza il paziente assicurandogli l'efficacia della cura.

Tutti gli interventi effettuati vengono registrati in cartella infermieristica avendo cura di segnare gli orari e le valutazioni in relazione alle singole somministrazioni e reazioni del paziente.

Valutazione del risultato: il dolore regredisce dopo la somministrazione di antidolorifici. al monitor si riduce il sopralivellamento del tratto ST (confermato dall'esecuzione di un tracciato ecografico), ad angor attenuato il paziente appare meno angosciato e più collaborante, è rassicurato dalla presenza costante del personale di sala.

Nel caso in cui le terapie medico-farmacologiche non diano risultati precocemente accettabili o se il paziente ad alto rischio, si dispone per le procedure di trattamento invasivo.

COMPETENZE E RESPONSABILITA' INFERMIERISTICHE NELLA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE IN ELEZIONE ALLE PROCEDURE DIAGNOSTICO-INTERVENTISTICHE CORONARICHE : DALLA DEGENZA ALL'EMODINAMICA

Benedetta Arena e Daniela Cornaggia

S.C. di Cardiologia, Ospedale Papardo, Messina

Anche nella gestione del paziente che deve eseguire un esame coronarografico o una procedura interventistica coronarica l'infermiere deve tenere a mente due principi fondamentali che in realtà governano la sua attività:

- 1) l'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica;
- 2) la responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della Vita, della salute, della libertà e della dignità della persona. (Capo I "Art.1 e Art.3" Cod. Deont.)

L'assistenza infermieristica al paziente che giunge in UTIC con sindrome coronarica acuta è, pur essendo sempre fondamentale un supporto psicologico, prevalentemente tecnica e mirata ai trattamenti acuti e alla rapidità con la quale il paziente deve giungere nella sala di emodinamica; in questi casi, soprattutto se il paziente non è lucido o se è molto sofferente, spesso l'infermiere è la figura che più di altri può difendere la dignità anche fisica dell'individuo.

Per quanto riguarda invece il paziente che si accosta ad una procedura diagnostica o interventistica coronarica in modo programmato, la posizione dell'infermiere, che prende in carico il paziente, è leggermente diversa. Egli si preoccuperà innanzitutto dell'aspetto psicologico, cercando di rendere il soggiorno del paziente in ospedale, il più possibile accogliente. L'infermiere sarà responsabile nel dare tutte le spiegazioni necessarie riguardo la procedura che dovrà eseguire, i tempi di ripresa, cosa sarà in grado di fare successivamente alla procedura e soprattutto dovrà garantire una collaborazione continua anche successivamente alla sua dimissione. Il paziente dovrà essere sicuro che l'infermiere sarà sempre e comunque il suo anello di congiunzione tra se stesso e il medico. Subito dopo l'infermiere si preoccuperà di svolgere tutte le pratiche burocratiche (cartella infermieristica), di consegnare il modulo del consenso informato (che il medico successivamente discuterà), di controllare gli esami ematici di laboratorio, la pressione arteriosa e l'elettrocardiogramma (nella nostra struttura tutto ciò viene effettuato nella sala di accettazione, prima dell'ingresso in sala di degenza), evidenziando possibili alterazioni nei referti (es. creatinina alta, emocromo alterato ecc.); all'atto della somministrazione della terapia particolare attenzione sarà posta alla presenza di quella antiaggregante e di quella con statine che risultano essenziali qualora alla coronarografia faccia seguito l'angioplastica.

In serata saranno effettuati: posizionamento catetere venoso periferico, tricotomia, ritiro del consenso informato firmato; il digiuno è dalle h 24.00. Inoltre sarà compito

dell'infermiere applicare alcuni protocolli predefiniti quando necessario e disposti dal medico. Ci si riferisce particolarmente a due protocolli: quello applicato nei pazienti allergici e quello applicato ai pazienti con insufficienza renale anche lieve, particolarmente se diabetici.

La mattina della procedura sarà compito dell'infermiere, prima che il paziente venga accompagnato in sala di emodinamica, verificare che al GIUSTO PAZIENTE, corrisponda la GIUSTA CARTELLA CLINICA, completa di tutte le parti necessarie alla procedura o altrimenti comunicare al medico di degenza qualsiasi mancanza.

In sala di emodinamica ci saranno altri infermieri ad accogliere e ad assistere il paziente.

Qui il ruolo è anche fortemente tecnico. E' chiaro che, nonostante i protocolli interni dovrebbero già a quel punto evitare errori, gli infermieri dell'emodinamica dovranno procedere all'identificazione del paziente, al riscontro della presenza del consenso informato e all'evidenziazione di eventuali protocolli prescritti.

In realtà l'infermiere del laboratorio di emodinamica deve operare su più fronti:

1. Prepara il cath-lab (e subito dopo la procedura lo ripristina)
2. Assiste il paziente prima, durante e dopo l'esame
3. Controlla costantemente i parametri vitali e il monitoraggio elettrocardiografico
4. Spesso svolge una funzione di assistente strumentista
5. E' perfetto conoscitore di tutto il materiale che si utilizza nel corso delle procedure e quindi porge al medico o al collega strumentista tutto il materiale richiesto

Nonostante l'estremo tecnicismo e l'attenzione tesa alla gestione di eventuali complicanze/emergenze l'infermiere non deve mai trascurare di stabilire un rapporto umano con il paziente in modo diretto e continuo e, all'occorrenza, dovrà fornire un adeguato supporto psicologico

Finita al procedura il paziente sarà riaccompagnato in sala di degenza e l'infermiere dovrà controllare innanzitutto il foglio di fine studio, in cui ci sarà la descrizione di ciò che il paziente ha eseguito (es. studio più eventuale procedura, esito positivo o negativo, vaso/i trattati, tipo di eventuali STENT utilizzati, ulteriori farmaci da somministrare ed infine, se l'introduttore è stato rimosso, tipo di chiusura del vaso, manuale/artificiale). Quindi si porterà al letto del paziente controllando la sede di puntura, controllando sempre la pressione arteriosa ed eseguendo l'elettrocardiogramma nel caso in cui sia stata eseguita procedura interventistica. A meno che lo studio non è stato eseguito per via radiale, il paziente richiederà assistenza continua in quanto dovrà restare immobile per il tempo richiesto dal tipo di chiusura effettuata. L'infermiere vigilerà su eventuali complicanze quali: dolore anginoso, sanguinamento, ematoma.

Se tutto è nella norma l'indomani il paziente potrà essere dimesso; sarà compito dell'infermiere fornire al paziente tutti i chiarimenti che ancora vorrà e tutti i numeri di telefono della struttura per discutere ulteriori problemi o dubbi che possano ancora sorgergli; infine l'infermiere dovrà rassicurare il paziente facendo comprendere che "QUESTA NON E' LA FINE, NON E' NEMMENO L'INIZIO DELLA FINE, MA PROBABILMENTE LA FINE DELL'INIZIO" (*Sir Winston Churchill*) di una vita che va... comunque vissuta.



ASSISTENZA CRITICA POST PROCEDURA DI EMODINAMICA COMPLESSA

Clementina Battaglia

IsMeTT, Palermo

L'assistenza al paziente critico implica un costante monitoraggio di segni e sintomi che, se precocemente riconosciuti, possono migliorare la prognosi del malato. L'infermiere di area critica, attraverso le proprie conoscenze e competenze è il responsabile dei monitoraggi e delle interpretazioni delle variazioni.

Il paziente critico è un individuo nel quale è assente almeno una delle 3 funzioni vitali: coscienza - respiro - circolo con conseguente compromissione dei parametri vitali cardiocircolatori e/o respiratori e/o metabolici.

Questa criticità, per lo più, imprevista pone il paziente in pericolo di perdere la vita e richiede un approccio diagnostico e terapeutico immediato.

Nel laboratorio di emodinamica data l'elevata complessità delle procedure effettuate chiaramente l'assistenza deve essere di alto livello ed il personale deve essere formato adeguatamente.

Le cause di criticità post-procedurali possono essere diverse e non necessariamente legate all'approccio terapeutico ma possono dipendere anche da cause intrinseche del paziente (es. paziente con patologie multiorgano, pazienti gravemente scompensati etc.) di conseguenza e' indispensabile:

- a) monitorare le reazioni cliniche della persona assistita, gli effetti terapeutici dei trattamenti effettuati, rilevando precocemente segni e sintomi di eventuali effetti collaterali e/o complicanze.
- b) Attuare interventi mirati a fronteggiarli, attivando tempestivamente il medico ed altri professionisti a supporto.

E' inoltre indispensabile che vi sia: perfetto gioco di squadra.

Perfetta integrazione nell'assistenza, ottimizzazione degli interventi uniformita' e omogeneicita' della formazione degli operatori e riduzione dei ritardi.



QUANDO E DOVE INIZIA IL RUOLO INFERMIERISTICO NELL' EDUCAZIONE DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA.

Francesco Frittitta

ASPI P.O. S. Antonio Abate - Trapani

L'importanza di educare il paziente e la propria famiglia risiede nel buon esito della prognosi, per cui la tempistica è fondamentale.

Esiste una carenza informativa in quasi tutti i processi diagnostici terapeutici dovuta ad una carenza di comunicazione, tra gli operatori sanitari e i pazienti e le loro famiglie.

La soluzione potrebbe risiedere nel trovare più risorse per l'assistenza territoriale, la promozione della prevenzione primaria e secondaria.

Si è analizzato il caso di un paziente con dolore toracico e lo si è accompagnato nel sul percorso educativo diagnostico terapeutico con l'intento di educare lui e la sua famiglia.

I risultati di questo intervento dovrebbero migliorare il comportamento del paziente stesso e della famiglia in un eventuale evento futuro.

RISK MANAGEMENT: RISCHIO CLINICO

Maria Teresa Cinà

A. O. Villa Sofia - CTO, Palermo

Il tema del rischio clinico si pone come argomento di grande attualità nel campo sanitario. Pertanto, è indispensabile conoscere ed analizzare quest'aspetto dell'assistenza sanitaria, che si colloca nel tema più generale della QUALITÀ e della valutazione dell'Outcome.

Negli USA si calcolano circa 30.000 morti l'anno per errori clinici.

Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore. Dobbiamo, infatti, considerare l'errore componente ineliminabile della realtà umana, come fonte di conoscenza e miglioramento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare e mettere in atto iniziative, a vari livelli istituzionali, garanti dell'assistenza sanitaria (Aziende Sanitarie, Ministero della Salute), che riducano l'incidenza di errori.

Il Risk management, perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente: solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Riportiamo un modello di Incident Reporting, in occasione di un "errore" clinico attivo: la somministrazione di KCL in bolo invece che in infusione lenta durante manovre di rianimazione cardio-respiratoria.

L'errore è un'azione o omissione che determina insuccesso nel compimento di un'azione programmata.

Il rischio è la probabilità che un paziente subisca un danno durante o a causa delle prestazioni di cure sanitarie.

L'incident reporting è la segnalazione volontaria (ed eventualmente anonima) di eventi avversi o "quasi eventi" effettuata dai componenti di un'organizzazione e finalizzata alla messa in atto di iniziative di prevenzione della stessa tipologia di errori.

I punti critici sono:

- 1) parzialità dei dati raccolti,
- 2) remore culturali ed oggettive,
- 3) implicazioni per il segnalatore,
- 4) obblighi istituzionali e medico legali per chi riceve la segnalazione,
- 5) impossibilità di confronti nel tempo della stessa realtà o di realtà diverse.

E..... Cosa fare?



Chiedersi: Cosa è accaduto? Dove è accaduto? Come è accaduto? Quando è accaduto? Perché è accaduto? Quale esito ha avuto l'evento? Quali fattori avrebbe potuto ridurre o evitare l'accaduto? Quali azioni si possono intraprendere per evitare che accada di nuovo?

Pertanto la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare è importante per far sì che, descritto l'accaduto, dopo aver raccolto e valutato le informazioni sul determinismo delle cause, si possa concludere con delle valide proposte di soluzione.

Nel nostro caso l'evento è stato segnalato alla Direzione Sanitaria di presidio, che ha prodotto un modello di "incident reporting" secondo le modalità previste precedentemente. E' stato applicato lo schema di analisi suddescritto. E' stata individuata una commissione congiunta cardiologi, rianimatori, infermieri e Direzione Sanitaria, che ha predisposto un sistema di prevenzione basato su un cambiamento strutturale nelle modalità di comunicazione durante le emergenze, attraverso la standardizzazione delle procedure.

MODELLI ORGANIZZATIVI PER L' ASSISTENZA IN AREA CRITICA

Rosalia A. Varagona

Villa Sofia, Palermo

PREMESSA

Nelle aziende di servizi, come le aziende sanitarie, il capitale umano ha un valore maggiore rispetto alle altre risorse, esso rappresenta il “cuore” dell’organizzazione; il suo atteggiamento, l’umore, la disponibilità e la competenza, sono per il paziente la fotografia di tutta l’organizzazione.

L’evoluzione culturale che ha specificatamente interessato la figura dell’infermiere in questi ultimi anni, ha fatto nascere le condizioni per una particolare attenzione all’organizzazione del lavoro come elemento determinante per migliorare la qualità delle prestazioni. Il raggiungimento di importanti traguardi quali il Profilo Professionale e l’abrogazione del mansionario (D.M. n. 739 del 14 settembre 1994 e L. 42 del 10 febbraio 1999), hanno riconosciuto l’infermiere quale professionista della salute e responsabile dell’assistenza generale infermieristica.

Responsabilità in termini giuridici significa “essere riconosciuto capace di”, cioè possedere un diritto ad esercitare azioni particolari su altre persone per apportare loro beneficio.

La ricerca di modelli organizzativi da applicare alla propria realtà pertanto risulta essere indispensabile, non solo per garantire una migliore assistenza all’utente, ma consentire all’infermiere di agire in sicurezza.

L’infermiere che opera in area critica deve avere conoscenze, competenze ed abilità specifiche che gli consentano di affrontare tutte le situazioni che determinano criticità ed instabilità vitale, dal verificarsi dell’evento scatenante, fino alla stabilizzazione, all’iniziale recupero oppure alla morte.

L' AREA CRITICA

E’ un luogo di degenza “protetto”, nel quale si effettua un monitoraggio continuo delle funzioni vitali del paziente e dove è possibile sostenere le stesse mediante diverse procedure ed interventi (es. ventilazione meccanica, farmaci inotropi). La terapia intensiva dispone normalmente per ogni unità letto di un respiratore automatico, monitor multiparametrico, un defibrillatore manuale, pompe infusionali, impianto di aspirazione; nel reparto è garantita assistenza infermieristica specializzata in numero non inferiore ad una unità ogni due letti e di un medico, normalmente anestesista-rianimatore.

Esistono terapie intensive specializzate in cardiocirurgia, cardiologia, neurochirurgia, traumatologia, trapianti.

Vengono ammessi in UTI tutti i pazienti gravi che necessitano di un monitoraggio continuo, della stabilizzazione delle funzioni vitali e /o procedure invasive (monitoraggio cruento della PA, della PVC, ventilazione meccanica, monitoraggio emodinamico invasivo, tecniche dialitiche...).

RIFERIMENTI TEORICI

La teoria della Levine si adatta bene all'assistenza ai pazienti ospedalizzati, in particolare a coloro che necessitano di cure intensive promuovendo una visione globale dell'uomo.

La Levine ha una concezione olistica della persona e quindi anche del malato. Molto importante nella sua teoria è il concetto di ambiente:

- *l'ambiente interno* è costituito dal corpo con il suo funzionamento
- *l'ambiente esterno* invece si articola in tre dimensioni: percettiva, inerente i cinque sensi, operativa, riferita a forze, condizioni ed elementi impercettibili, concettuale, relativa ai processi di pensiero ed emozionali ed ai processi sociali.

L'infermiere fa parte dell'ambiente esterno. Sua è la responsabilità di interagire col paziente ed intervenire sul suo ambiente in modo da favorire l'adattamento.

Le azioni del nursing sono basate su quattro principi.

- 1) **Conservazione dell'energia:** la persona ha bisogno, per le proprie attività vitali, di energia; l'equilibrio energetico va continuamente riequilibrato.
- 2) **Conservazione dell'integrità strutturale:** occorre limitare il danno fisico reale o potenziale; la guarigione ripristina l'integrità strutturale.
- 3) **Conservazione dell'integrità personale:** mantenimento o recupero dell'identità e del proprio valore.
- 4) **Conservazione dell'integrità sociale:** riconoscimento del paziente come essere sociale, attuazioni di relazioni interpersonali.

La finalità del nursing è quello di mantenere o recuperare la salute mediante la conservazione dell'energia e dell'integrità strutturale personale e sociale e a questi obiettivi si uniscono gli interventi infermieristici.

In pratica, secondo la teoria della Levine, l'infermiere, quando entra in contatto con il malato, in analogia col processo di nursing osserva ed intervista il paziente, formula una diagnosi infermieristica, pianifica gli interventi, li mette in atto e valuta i risultati.

La Levine sembra considerare il paziente dipendente dalle azioni infermieristiche, soggetto passivo delle cure.

MODELLI ORGANIZZATIVI

Un modello organizzativo è un insieme di regole che stabiliscono la struttura, le relazioni ed i percorsi delle risorse umane, esso è direttamente legato alla mission dichiarata da ogni servizio infermieristico aziendale.

I sistemi organizzativi sono essenzialmente distinti in due categorie:

1. i modelli tecnici
2. i modelli professionali

1. MODELLO ORGANIZZATIVO TECNICO O NURSING FUNZIONALE

E' caratterizzato dall'assegnazione a ciascun operatore dei compiti da svolgere, non delle persone da assistere. Ogni operatore è responsabile fondamentalmente dei compiti che gli sono assegnati per quel periodo di tempo. In questo modello le attività vengono scomposte, parcellizzate, il ruolo dell'operatore è passivo, gli sono richieste il minimo delle conoscenze e l'autonomia è alquanto limitata.

I vantaggi di questo metodo sono nel definire precisamente i compiti, evitando stati di ansia e di stress; rilevanti sono però gli svantaggi: infatti, il sistema non consente all'infermiere di avere una visione completa dell'assistito e al paziente di individuare un operatore al quale fare particolare riferimento.

Questo è il modello organizzativo tuttora più frequentemente adottato in Italia, anche se da tempo se ne è suggerito il superamento data la dimensione "professionale" che caratterizza l'attività infermieristica.

2. MODELLO ORGANIZZATIVO PROFESSIONALE

In questo modello la professionalità è l'elemento fondamentale. Il ruolo dell'infermiere è attivo in quanto ricerca le modalità più adatte per perseguire dei risultati specifici e raggiungere il soddisfacimento dei bisogni dell'utente.

Viene considerata pienamente la definizione di infermiere come il professionista che "individua la specifica domanda di assistenza dell'utente, la maggiore modalità di trattamento tecnico specialistico, quali il tipo, la qualità e la quantità di prestazione da erogare". In bibliografia sono descritti diversi modelli organizzativi professionali:

Team nursing o piccola equipe: introdotto negli anni cinquanta per esprimere al massimo la professionalità degli infermieri, basato sulla pianificazione e la realizzazione di obiettivi assistenziali attraverso l'azione di un gruppo composta da varie figure (infermieri, personale di supporto all'assistenza, studenti in formazione). Il team è guidato da un infermiere (leader) responsabile del processo assistenziale generale. Ogni membro dell'equipe in turno assiste un numero limitato di pazienti (non più di diciotto) per i quali eroga un'assistenza completa. Fondamentali caratteristiche del team nursing sono la riunione infermieristica (breafing) e l'adozione di piani assistenziali. Il team leader valuta i bisogni infermieristici, pianifica l'assistenza dei pazienti del proprio settore e assegna le

attività ai vari operatori in base alla loro qualifica, esperienza e competenza.

L'infermiere (capo equipe), che eroga anche assistenza diretta ai pazienti, oltre a buone competenze cliniche deve possedere competenze organizzative e capacità di conduzione del gruppo (leadership).

Primary nursing: alla base di questo modello, nato all'inizio degli anni settanta, stanno i principi di una assistenza personalizzata, continua e di alta qualità. L'infermiere eroga l'assistenza totale ad un gruppo limitato di pazienti (quattro o sei) dei quali ha la responsabilità e l'autorità di identificare bisogni e problemi, di pianificare e valutare i relativi interventi dall'inizio al termine del ricovero. Per il paziente l'infermiere diventa una figura di riferimento costante. Il centro di interesse per l'infermiere è la persona, non il compito.

Quando l'infermiere responsabile non è in servizio, altri infermieri assistono il paziente seguendo il piano di assistenza sviluppato dall'infermiere responsabile. L'infermiere primario è responsabile dell'assistenza e cura del paziente ventiquattro ore al giorno e sette giorni la settimana. Questo non significa, comunque, che deve essere in servizio ininterrottamente oppure debba essere chiamato a casa qualora si rendesse necessario apportare modifiche all'assistenza del paziente, ma che l'infermiere primario mentre è in servizio pianifica le attività da svolgere anche in sua assenza al paziente a lui affidato. Durante la sua assenza, altri infermieri chiamati *associated nurses* (infermieri associati) si occupano dell'assistenza secondo il piano stabilito dall'infermiere primario.

Il ruolo dell'infermiere primario e dell'infermiere associato si definisce dal rapporto con il singolo paziente assegnato e quindi non è identico verso tutti i pazienti. Un infermiere primario può per esempio lavorare come tale per un gruppo ristretto di pazienti e svolgere contemporaneamente il ruolo di infermiere associato per un altro gruppo di pazienti.

L'infermiere primario ha la massima autonomia nelle decisioni assistenziali per il paziente di cui è responsabile e non deve pertanto farsi autorizzare il suo piano assistenziale dal coordinatore del reparto, né possono altri infermieri deviare nel loro lavoro dal piano assistenziale elaborato oppure modificarlo, tranne che in situazioni di emergenza.

Questo modello ha numerosi vantaggi che partono dal garantire la continuità assistenziale, fino alla motivazione e responsabilizzazione degli infermieri, favorendone la gratificazione e lo sviluppo professionale. Lo svantaggio: è un sistema costoso per l'organizzazione ed applicabile solo in certi contesti; uno di questi sicuramente è l'UTIC dove il tipo di assistenza è prettamente personalizzata ed il rapporto infermiere paziente è molto particolare.

Case management “gestore del caso”: è la scienza che si occupa dell’ottimizzazione e monitoraggio del percorso assistenziale del paziente sia per scopi clinici che per quelli organizzativi. Nato nella metà degli anni ottanta ha come obiettivo la gestione del paziente a lungo termine, anche dopo la dimissione.

Integra al massimo gli interventi necessari evitando la frammentazione e la casualità degli stessi, garantisce un’assistenza appropriata che migliora la qualità del servizio cercando di mantenere i costi. La sede privilegiata per questo tipo di modello assistenziale è sicuramente il territorio, dove l’infermiere funge da “facilitatore” per alcuni processi, “conduttore” di altri professionisti e “collegamento” tra il sociale ed il sanitario per l’attivazione di supporti e servizi sociali, assumendo l’importante ruolo di educatore e consulente.

SCelta DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Nell’assistenza per compiti l’attenzione era posta sull’assegnazione di compiti che comportavano l’assunzione delle relative singole responsabilità, nel primary nursing sull’individualità dell’intero processo assistenziale, nel case management l’attenzione è posta sul risultato complessivo del processo clinico assistenziale sviluppato per ogni singolo paziente.

Siamo passati da un ruolo esecutore ad un ruolo terapeutico anche attraverso la relazione che pensa un percorso di soluzione del problema individuale fino al ruolo di stimolo per la guarigione o la gestione autonoma. Si tratta di una sfida per permettere la sopravvivenza di sistemi sanitari che garantiscano appropriatezza e qualità di cure e assistenza.

E’ una sfida per il futuro delle attività sanitarie a cui l’infermiere è già pronto nonostante le grandi difficoltà che deve affrontare giornalmente. Siamo consapevoli di dover al più presto aderire a modelli organizzativi che prendano avvio dalle risorse umane e materiali a disposizione in ogni piccola realtà. In concreto nei prossimi anni potremmo assistere a situazioni di fatto “ibride”, a modelli organizzativi atipici, che pur sempre costituiranno un input e ci tragheranno verso un’assistenza infermieristica incentrata sui risultati e basata su evidenze scientifiche.

Un modello organizzativo razionale e finalizzato dell’attività professionale deve tener conto dell’impiego appropriato delle diverse figure professionali.

L’assistenza non medica viene differenziata tra:

1. “assistenza di base” così definita non per la semplicità dell’agire tecnico ma perché persegue obiettivi di comfort psicofisico per il paziente.
2. “assistenza avanzata” così definita perché persegue obiettivi di sviluppo delle capacità di autocura del paziente con interventi anche invasivi (prescritti) e su soggetti a rischio.

La differenziazione dell'assistenza in "base" e "avanzata" costituisce la strategia principale di cambiamento, in quanto rende possibile differenziare la tipologia e l'intensità di impiego dell'infermiere permettendo la sua sostituibilità con risorse a minor costo, di più facile reperibilità sul mercato del lavoro o a minor impegno formativo.

L'assistenza di base viene erogata da operatori di assistenza non infermieri, in ciascun turno di servizio con partecipazione diretta degli infermieri solo per i casi che presentano instabilità con il rischio di aggravamento o complicazione o come effetto dell'intervento assistenziale o perché favorito dallo stesso.

L'attività di routine assistenziale di base viene svolta dall'operatore di assistenza non infermiere nel rispetto di linee organizzative definite nell'unità e coordinate dal caposala.

L'infermiere supervisiona l'assistenza di base indicando all'OTA/OSS i casi che ritiene bisognosi di ulteriore o diversa assistenza.

L'assistenza avanzata viene erogata dall'infermiere che valuta il paziente all'ingresso per determinare l'eventuale tipologia e livello di bisogno di assistenza.

CONCLUSIONI

Esistono già esperienze negli Stati Uniti di infermieri che seguono l'intera degenza di un paziente dal suo ingresso alla sua dimissione, quindi un infermiere che evade dagli schemi rigidi del singolo reparto o del turno di lavoro, ma si pone trasversalmente ad essi e pianifica un'assistenza specifica per quel paziente, concordandola con il paziente stesso, con i familiari e con l'equipe di cura e che segue per tutto il periodo di degenza non solo nel proprio reparto ma in tutti i reparti specifici di area critica nei quali il paziente si trova ad essere ricoverato, modificando di giorno in giorno il piano assistenziale in base alle esigenze del paziente.

Negli Stati Uniti viene definito case manager, ma anche in Emilia Romagna ci sono esperienze in questo campo; in alcune pubblicazioni (Jezewski DL "The clinical nurse specialist as a case manager in acute care". Clin Nurse Spec. 2000 May; 14(3):133-7. e Magdic K, Rosenzweig MQ. "Integrating the acute care nurse practitioner into clinical practice; strategies for success". University of Pittsburgh School of Nursing, USA.) ritroviamo il forte richiamo alla figura dell'infermiere specializzato in area critica come infermiere case manager visto come soluzione organizzativa che comporta vantaggi per tutti e valorizza il lavoro dell'infermiere.

La notevole riduzione della disponibilità di nuovi infermieri ha reso necessario sperimentare forme nuove comunque innovative di uso delle risorse umane e professionali dedite all'assistenza.



L'inserimento degli operatori di supporto nell'ambito delle organizzazioni sanitarie comporta una profonda ristrutturazione nei processi lavorativi in tutti i setting di riferimento dove presta la propria opera il professionista infermiere.

Oggi più di un tempo è indiscutibile che vi sia la necessità di operatori qualificati in grado di collaborare con coloro che hanno la responsabilità dell'assistenza infermieristica. Nella realtà le principali motivazioni sono da ricercare in:

- a) ottimale uso delle risorse umane
- b) esigenza di valorizzare maggiormente i professionisti infermieri
- c) grave carenza a tutt'oggi di personale infermieristico
- d) fattori sostanzialmente economici

Sviluppare il proprio talento, le abilità, le attitudini, in altre parole "la voglia di fare meglio" sono aspetti da incoraggiare e promuovere per rendere più efficace e migliorare il servizio.

Ognuno deve sentirsi in grado indipendentemente dalla funzione e dal ruolo ricoperto di conseguire i migliori risultati, pronto a compiere quanto è necessario per realizzare questo obiettivo e non solo ad eseguire ciò che gli viene richiesto.

INDICATORI ASSISTENZIALI LEGATI ALLA JOINT COMMISSION IN AREA CRITICA

Marcello Pezzino

A.O.U. "Vittorio Emanuele" di Catania

Nel contesto delle strutture sanitarie, chiamate ad erogare prestazioni sanitarie in grado di soddisfare al meglio le esigenze dell'utenza, è oggi quanto mai necessario raggiungere livelli qualitativi di cura ottimali.

Le organizzazioni sanitarie devono, pertanto, focalizzare l'attenzione soprattutto sulle problematiche correlate al rischio clinico, alla sicurezza del paziente ed alla qualità delle cure, gestibili attraverso un'appropriata valutazione dei sistemi e dei processi interni, mirata ad identificare debolezze e condizioni di pericolo.

In tal senso, un'accurata analisi può fornire elementi utili a ridefinire ed ottimizzare i livelli di sicurezza e la qualità assistenziale.

Dagli anni '50, Joint Commission on Accreditation of Hospitals conduce un percorso mirato non solo all'accreditamento delle strutture assistenziali ma anche alla diffusione di una metodologia della qualità e della gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, attraverso un approccio tipico riscontrabile all'interno dei manuali divulgativi. All'interno dei suoi strumenti di lavoro, Joint Commission fa spesso riferimento al rischio clinico ed ai comportamenti attesi per prevenirlo e gestirlo, identificando al tempo stesso standard di qualità in diverse aree.

Attraverso l'acquisizione della metodologia proposta da Joint Commission International, è possibile identificare ed implementare anche nell'ambito delle strutture sanitarie della Regione Siciliana, una serie di standard che fanno riferimento a 4 distinte Aree Critiche:

- la valutazione efficace dei bisogni del paziente
- la gestione sicura delle procedure ad alto rischio
- la gestione dei pazienti ad alto rischio
- la continuità assistenziale

L'intervento ottimale sugli elementi critici delle 4 aree si basa sulla selezione di 25 dei circa 400 standard del manuale JCI e 2 Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente, allo scopo di verificare ed eventualmente implementare gli standard per costituire una base uniforme da applicare in tutte le strutture sanitarie della Regione Sicilia.

Il manuale completo degli standard JCI per le strutture ospedaliere presenta la suddivisione degli standard in 14 capitoli tematici; nello specifico, il progetto stabilito per implementare gli standard all'interno delle strutture ospedaliere regionali, si fonda sulla selezione di 27 dei circa 400 standard totali, collocati in 9 dei 14 capitoli, come segue:

STANDARD CENTRATI SUL PAZIENTE:

- Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure (ACC)
- Valutazione del Paziente (AOP)
- Cura del Paziente (COP)
- Assistenza Anestesiologica e Chirurgica (ASC)
- Diritti ed Educazione del Paziente e dei Familiari (PFR o PFE)

STANDARD CENTRATI SULLA GESTIONE DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

- Gestione della Comunicazione e delle Informazioni (MCI)
- Qualifiche e Formazione Professionale (SQE)
- Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS)

OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE - International Patient Safety Goals (IPSG), mirati alla promozione dei miglioramenti specifici nell'ambito della sicurezza del paziente, evidenziando specifiche aree problematiche e descrivendo delle soluzioni sistemiche, basate sull'evidenza e sul consenso degli esperti in materia.

Gli obiettivi sopra citati sono stati prima implementati negli U.S.A. ed in seguito analizzati ed adattati alla realtà internazionale attraverso un progetto gestito congiuntamente con l'OMS, per stendere una prima versione degli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente, che da Gennaio 2008 sono diventati obbligatori per il conseguimento dell'accreditamento internazionale delle strutture ospedaliere.

Ogni standard è accompagnato da un codice formato dalla sigla del capitolo d'origine e dal numero dello standard, dalle dichiarazioni d'intento e dagli elementi misurabili utili per valutare la conformità allo standard stesso. Uno standard è caratterizzato da elementi misurabili (EM), che permettono di valutare il grado di compliance dell'organizzazione rispetto ai singoli standard. Ai fini dell'accreditamento, ogni elemento misurabile può essere valutato nel seguente modo:

- completamente raggiunto (1)
- in atto, quasi completato in tutta l'organizzazione (0,75)
- in atto, in via intermedia (0,5)
- in atto, in uno stadio iniziale o in una parte limitata dall'organizzazione (0,25)
- non raggiunto (0)
- non applicabile

Il manuale per rendere operativi gli standard selezionati in ambito ospedaliero, consente di affrontare delle macroaree organizzative che raggruppano gli standard stessi per

area gestionale, tematica o fisica. Ogni area descrive gli standard collegati con intenti, elementi misurabili e linee guida per verificare lo stato di conformità ai requisiti dello standard, utili per l'autovalutazione e per la verifica esterna. Nello specifico nel contesto delle UU.OO. di T.I. o afferenti all'Area Critica, vengono presi in considerazione e standardizzati aspetti specifici relativi ai criteri di ingresso, trasferimento o dimissione degli utenti, le politiche e le procedure che caratterizzano la cura e l'assistenza dei pazienti sostenuti con mezzi artificiali o in coma, l'identificazione dei pazienti vulnerabili ed il trasferimento dei pazienti che versano in stato comatoso.

CRITERI DI ACCESSO E DIMISSIONE DALLE UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA (ACC)

Le Unità di Terapia Intensiva e le UU.OO che afferiscono all'Area Critica, rientrano all'interno delle macroaree sopra citate; in questi contesti specifici i Criteri di Accesso e Dimissione (ACC), sono determinati da criteri prestabiliti.

Per la circostanza gli intenti partono dal presupposto che unità e servizi di Terapia Intensiva o che forniscono prestazioni specialistiche sono dispendiosi e spesso limitati in quanto a dotazione di spazi e personale.

Ogni azienda deve stabilire criteri ben precisi per identificare i pazienti che necessitano di un certo livello di cura da garantire all'interno di simili strutture.

Nel contesto dell'Area Critica, gli specifici criteri che consentono l'ingresso, il trasferimento o la dimissione dell'utente, sono elaborati con la partecipazione di personale qualificato dei servizi d'emergenza, di terapia intensiva o specialistici.

I criteri stabiliscono l'accesso diretto alle UU.OO. per esempio direttamente dal P.S.e sono anche utilizzabili per stabilire l'eventuale trasferimento dell'assistito, proveniente da un altro reparto interno o esterno all'Azienda, nell'Unità di Area Critica interessata.

Altresì i criteri fissati possono stabilire anche l'opportunità di sospendere il trattamento presso l'unità di Area Critica, favorendo delle indicazioni per il trasferimento del paziente che deve essere sottoposto ad un diverso livello di cura.

Per esempio nel contesto dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania, i criteri di ammissione e di dimissione dalle unità di T.I. sono stati sanciti attraverso un Regolamento nel Gennaio 2010 e sono stati tratti dalle "Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage Society of Critical care Medicine", approvate inizialmente nel 1999 dal Council of the Society of Critical Care Medicine e rivisitate nel 2002 ed identificano gli utenti che possono ricevere un beneficio dal ricovero in ambiente intensivo e che sono classificabili secondo le seguenti categorie:

1. pazienti critici, instabili che necessitano di monitoraggio e trattamento intensivo non erogabile in altra sede che non sia la T.I. In genere per questi pazienti non si applicano limiti nel trattamento



2. pazienti che necessitano di monitoraggio intensivo e potenzialmente potrebbero necessitare di interventi immediati. in genere per questi pazienti non si applicano limiti nel trattamento.
3. pazienti instabili e critici con ridotta probabilità di guarigione a causa della patologia di base oppure per la natura della patologia acuta stessa. I pazienti che rientrano in questa categoria possono beneficiare di un trattamento intensivo rivolto alla patologia acuta, ma hanno delle limitazioni rispetto a gli sforzi terapeutici, ad esempio no intubazione, no rianimazione cardio - polmonare.
4. pazienti con scarsa probabilità di trarre beneficio dal ricovero in T.I. (troppo sano o troppo compromessi) ma che in condizioni particolari ed a discrezione del medico responsabile vengono ricoverati perchè non possano essere trattati adeguatamente al di fuori della T.I.

Sostanzialmente, attraverso un'accurata attività di ricerca l'Azienda è in grado di fornire servizi ed erogare prestazioni in base a criteri specifici e protocolli prestabiliti.

La pianificazione assistenziale deve identificare i fabbisogni assistenziali e di cura del paziente, elencando le strategie atte a soddisfare i medesimi fabbisogni, documentando gli obiettivi minimi e generali del trattamento, delineando i criteri per interrompere gli interventi documentando i progressi del paziente verso il raggiungimento di obiettivi finali ed intermedi.

Il piano di cura si basa sui dati rilevati nel corso della valutazione del paziente ed il suo formato può essere supportato da politiche e procedure, protocolli, linee guida, percorsi clinici o da una combinazione di questi strumenti.

L'ammissione alla programmazione assistenziale specifica per l'Area Critica, deve essere documentata nella cartella clinica dove s'includono informazioni sui criteri e sul protocollo in base al quale il paziente è stato ammesso o trasferito.

Altresi il sopra citato regolamento aziendale identifica le patologie, i parametri obiettivi ed i segni vitali che giustificano l'ammissione o il trasferimento in Area Critica dell'utente, che in relazione alle presenza di problematiche a carico del sistema cardiocircolatorio comprendono:

- l'IMA complicato da aritmie, shock cardiogeno, dispnea, EPA, persistenza di angina
- lo shock cardiogeno
- le aritmie complesse con necessità di monitoraggio immediato
- lo Scompenso cardiaco congestizio con insufficienza respiratoria
- le emergenze ipertensive
- l'angina instabile in particolare associata ad aritmie, instabilità emodinamica o dolore toracico persistente
- l'arresto cardiaco
- il tamponamento cardiaco con instabilità emodinamica
- l'aneurisma dissecante dell'aorta
- il blocco cardiaco completo

Sempre in relazione ai criteri di accesso e dimissione dalle UU.OO. afferenti all'Area Critica, gli elementi misurabili sono relativi ai seguenti aspetti:

5. l'azienda ospedaliera ha stabilito o meno criteri d'ingresso e /o trasferimento presso i reparti di T.I. o di alta specialità, includendo programmi di ricerca ed altri progetti mirati a soddisfare appropriatamente i bisogni dei pazienti speciali.
6. i criteri sono basati sulla fisio - patologia del paziente in maniera appropriata
7. L'elaborazione dei criteri coinvolge soggetti idonei
8. Il personale risulta essere addestrato sull'applicazione dei criteri
9. i pazienti trasferiti o ricoverati presso reparti ed unità di Terapia Intensiva o unità ad alta specialità rispondono ai criteri prefissati, come documentato nella cartella clinica del paziente
10. i pazienti non rispondenti a tali criteri, vengono effettivamente trasferiti o dimessi.

Diventa altresì indispensabile l'elaborazione e l'applicazione di Linee Guida che esprimono per esempio una lista dei criteri fisio - patologici che identificano l'utente che può essere ammesso o meno in T.I. o in unità specializzate.

Attraverso le linee guida l'organizzazione è in grado di descrivere come il personale sia addestrato nell'applicazione dei criteri e come i criteri stessi vengano adottati durante il ricovero o la dimissione dei pazienti dalle UU.OO afferenti all'Area Critica.

Infine il medico è chiamato a far riferimento alle linee guida sin dal momento in cui dispone il ricovero del paziente, documentando in cartella clinica i criteri utilizzati.

POLITICHE E PROCEDURE

In base al manuale elaborato dalla JCI ed utilizzato nel contesto delle UU.OO. regionali afferenti all'Area Critica, le politiche e le procedure che rientrano nell'ambito della cura del paziente (COP), devono guidare l'assistenza dei pazienti mantenuti in vita con mezzi artificiali o in coma.

In base agli intenti, l'appropriatezza e l'efficacia delle politiche adottate e delle procedure applicate per la riduzione del rischio relativo, va considerata in relazione alla loro adattabilità alla popolazione di riferimento a rischio o al singolo servizio ad alto rischio.

Politiche e procedure devono identificare:

- a) le modalità di pianificazione, includendo l'identificazione delle differenze tra pazienti adulti e pediatrici
- b) a documentazione necessaria all'equipe per operare in maniera efficace
- c) le considerazioni particolari sul consenso
- d) le necessità di monitoraggio
- e) le particolari qualifiche o capacità del personale coinvolto nel processo di cura
- f) la disponibilità e l'utilizzo di apparecchiature specialistiche

A questo livello gli elementi misurabili riguardano:

- 1) l'effettivo riscontro di percorsi di cura ed assistenza guidate da politiche e procedure appropriate
- 2) il riscontro della cura dei pazienti mantenuti in vita con mezzi artificiali o in coma in base alle politiche ed alle procedure adottate
- 3) la conformità delle cure prestate in conformità alle stesse politiche e procedure.

Le linee guida adottabili devono favorire una politica corrente da rivedere almeno ogni 3 anni o in caso di importanti cambiamenti occorsi, che includa specifiche evidenze relative a:

- caratteri della pianificazione che deve comprendere l'identificazione delle differenze tra pazienti adulti e pediatrici
- caratteristiche della documentazione richiesta per agevolare l'operato dell'equipe, favorendo altresì una comunicazione efficace tra i componenti del gruppo assistenziale
- considerazioni particolari sull'appropriatezza del consenso informato
- esigenze per il monitoraggio del paziente
- qualifiche o abilità speciali per il personale che assiste
- disponibilità ed uso di attrezzature specializzate

IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI VULNERABILI E TRASFERIMENTO DEI PAZIENTI CHE VERSANO IN STATO COMATOSO

Sotto questo aspetto ogni azienda è chiamata ad identificare i gruppi dei pazienti vulnerabili, stabilendo processi di tutela dei diritti per gli utenti che vi rientrano.

I gruppi vulnerabili possono essere identificabili attraverso regolamenti o leggi, che consentano al personale di conoscere le proprie responsabilità all'interno dei processi assistenziali.

Oggetto di protezione devono essere quantomeno i bambini, i disabili e gli anziani, nonché i pazienti in stato comatoso ed i soggetti che manifestano disturbi mentali o emozionali.

Il significato di protezione nei confronti dei gruppi sopra citati deve coprire importanti aree di sicurezza come la difesa da maltrattamenti e violenze, da negligenza e dalla negazione di prestazioni. Particolare attenzione, occorre prestare alla movimentazione di pazienti in stato di coma che necessitano un'assidua sorveglianza anche dal punto di vista infermieristico.

Inoltre, tra i diversi strumenti creati da JCI per lo sviluppo della qualità e della sicurezza nei servizi sanitari si colloca in posizione di primaria importanza, la pubblicazione di standard internazionali per la certificazione di programmi assistenziali specifici per patologia. Questo strumento abbastanza recente (presentato in Italia nel 2007) fungono da complemento agli esistenti standard JCI e pubblicati nel 1999 per l'accreditamento



all'eccellenza degli ospedali e comprendono i nuovi modelli emergenti per l'appropriata erogazione di assistenza sanitaria a livello internazionale.

In base al lessico JCI la certificazione è rivolta a programmi che caratterizzano singole componenti di organizzazioni ben più complesse; in sostanza la certificazione viene proposta per programmi che trattano patologie specifiche mentre l'accreditamento valuta in maniera onnicomprensiva l'intera organizzazione. Il principale obiettivo della certificazione è quello di dimostrare che i servizi erogati sono caratterizzati da requisiti di qualità e sicurezza, obiettivamente rilevati e valutabili da terzi, orientati al miglioramento continuo nel tempo delle performances erogate.

L'implementazione del percorso di miglioramento per conseguire la certificazione implica:

- lo sviluppo di politiche e programmi operativi
- la definizione di protocolli
- la revisione delle procedure
- la formazione continua del personale
- il monitoraggio con indicatori quantitativi delle attività e dei risultati conseguiti

Avviato il percorso (della durata di circa 12 mesi) è possibile richiedere una visita ispettiva a JCI per ottenere la certificazione che scaturisce dalla compliance tra i comportamenti praticati e gli standard di riferimento e che ha una validità biennale, mentre in caso contrario si forniscono suggerimenti per il miglioramento in vista di una successiva visita valutativa.

Gli standard valutabili sono 30 e comprendono 128 elementi misurabili che consentono la valutazione dell'effettiva qualità del programma classificati all'interno di specifiche famiglie di riferimento relative a:

1. erogazione delle cure cliniche
2. misure di performance
3. partecipazione dei pazienti a programmi di cura
4. gestione del programma di cura
5. gestione delle informazioni cliniche

Il conseguimento dell'accreditamento o della la certificazione JCI, consente alle strutture di porsi

in un piano di superiorità nei confronti delle direzioni generali, con ricadute positive in termini di prestigio, di possibilità di concertazione e di affermazione delle proprie ragioni e del proprio modus operandi. In effetti è proprio l'assenza di simili riscontri valutativi il motivo principale per cui molte UU.OO. afferenti all'Area Critica pagano un duro prezzo fatto da riduzioni di risorse, ricatti e ritorsioni, costrizioni ad operare in maniera inappropriata, che non essendo rilevati e misurati in maniera asettica ed imparziale costituiscono una regola comune nella difficile realtà sanitaria che ci contraddistingue.

EDUCAZIONE SANITARIA E COUNSELING

Nicola Fabrizio Ferro

Ospedale Cannizzaro, Catania

I pacemaker (PM) e i defibrillatori (ICD) sono dei dispositivi medici dal cui corretto funzionamento, in molti casi, può dipendere la vita stessa del paziente.

Per tale motivazione occorre dare una informazione adeguata e su misura sul comportamento da adottare affinché il proprio PM o ICD funzioni e continui a funzionare correttamente nel tempo.

L'educazione sanitaria comincia prima dell'intervento: parlare con la persona da sottoporre ad impianto e con i familiari di che cosa succederà di lì a poco.

Cercare di fornire ai parenti in sala d'attesa delle notizie generali, al fine di sedare il livello di ansia e migliorare la qualità percepita dall'utente. Quando la persona sottoposta ad impianto di PM o ICD sarà tornata nella propria stanza di degenza, sarà opportuno curare il confort e il riposo spiegando quanto sia importante che l'articolazione scapolo-omerale, omo-laterale alla sede di impianto, venga tenuta immobile per almeno 24/48 ore.

Che venga rispettato il riposo a letto sempre per 24/48 ore;

Posizionare la borsa di ghiaccio per circa 6 ore;

Controllare la ferita chirurgica;

Mostrare come chiamare il personale infermieristico in caso di bisogno.

Spiegare al paziente quello che gli sarà possibile fare e non fare da questo momento in poi.

Si può consegnare un opuscolo informativo dove si descrive in maniera comprensibile quali sono le cose da evitare, nei vari ambienti dove si può venire a trovare, che potrebbero portare il device ad un malfunzionamento.

Invitare, inoltre, a non mancare ai controlli ambulatoriali previsti al fine di individuare in tempo eventuali modifiche da apportare alle impostazioni e il momento in cui la batteria sarà scarica, programmando quindi la sostituzione.

RUOLO DELL' INFERMIERE NELL' ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA DI CONTROLLO REMOTO

Carmen Marino

U.O.C. di Cardiologia e UTIC P.O. Milazzo (ME)

L'invecchiamento della popolazione, l'ampliarsi delle indicazioni all'impianto di defibrillatori (ICD), il trattamento con device di nuove patologie ha portato ad una espansione esponenziale dell'utilizzo dei dispositivi e ad un aumento del numero e della complessità clinica dei pazienti che afferiscono ai centri di cardiostimolazione. In particolare l'introduzione della terapia elettrica dello scompenso cardiaco fa affluire negli ambulatori di controllo pacemaker e ICD pazienti complessi, in genere molto fragili che necessitano di controlli frequenti e nei quali l'ottimizzazione della programmazione del dispositivo e della terapia medica trovano gli elementi chiave nelle informazioni memorizzate dal dispositivo. I moderni dispositivi impiantabili, pacemaker (PM), defibrillatori (ICD), dispositivi per la resincronizzazione cardiaca (CRT), loop recorder, sono in grado di memorizzare una quantità sempre maggiore di informazioni diagnostiche relative al funzionamento del dispositivo, all'incidenza di aritmie, a misure fisiologiche sullo stato del paziente e a indicatori della funzione cardiovascolare. Il controllo dei pazienti con dispositivi impiantabili costituisce un carico di lavoro pesantissimo per le strutture sanitarie, difficilmente sostenibile a breve-medio termine. Questo ha inevitabilmente creato difficoltà di tipo organizzativo e gestionale, che hanno portato alla ricerca di metodiche alternative più sostenibili in termini di gestione delle risorse rispetto al controllo ambulatoriale tradizionale. Infatti, oggi il monitoraggio remoto rappresenta la soluzione che contribuisce a facilitare e rendere più rapido ed efficace il follow-up di tali pazienti conservando inalterate le caratteristiche di sicurezza. Tale prestazione è in tutto sovrapponibile al controllo tradizionale da cui si differenzia solo per il fatto di essere eseguita a distanza e di non consentire la riprogrammazione del dispositivo. E' auspicabile che venga presto data una ampia diffusione di tale tecnologia con i conseguenti benefici per i pazienti e per l'ottimizzazione del consumo di risorse. Il completamento e pubblicazione degli studi economici in corso sul controllo remoto, se confermeranno i dati preliminari, sicuramente accelereranno tale processo.

Grazie al notevole sviluppo delle tecnologie informatiche e della telecomunicazione sono stati introdotti nella pratica clinica diversi sistemi di monitoraggio a distanza attraverso i quali i dati, tecnici e clinici derivabili dall'interrogazione del dispositivo impiantato, vengono trasmessi al centro cardiologico di riferimento.

Le prime esperienze in tema di monitoraggio transtelefonico nel paziente portatore di ICD risalgono all'inizio degli anni '90 negli Stati Uniti. Il monitoraggio remoto dei dispositivi di stimolazione e defibrillazione cardiaci impiantabili, come li intendiamo oggi, è stato ideato e realizzato tra il 1999 e il 2000 quando l'invio dei dati avveniva tramite SMS ad un centro servizi e quindi arrivava al medico sotto forma di FAX. Grazie alla diffusione della



rete Internet, oggi i dispositivi wireless effettuano in modo automatico l'interrogazione quotidiana del dispositivo, i cui dati vengono inviati ad un centro di raccolta e in seguito comunicati alla struttura ospedaliera di riferimento. L'affidabilità di questi sistemi è riconducibile all'analisi della possibilità che ci sia effettivamente la trasmissione e la ricezione. In altre parole, mentre la qualità del dato ricevuto non rappresenta un problema, ciò che potrebbe venire a mancare è l'intera trasmissione di una interrogazione o di un allarme o l'impossibilità da parte della struttura clinica ad accedere ai dati trasmessi.

Tale sistema è particolarmente utile per i pazienti che hanno difficoltà di accesso alle cure per problemi geografici, di trasporto, di infermità, logistici. La raccolta delle informazioni è semplice, e a seconda del tipo di tecnologia utilizzata può essere richiesta la partecipazione attiva o meno del paziente.

L'introduzione del controllo remoto dei dispositivi impiantabili nell'attività standard di un ambulatorio dedicato comporta cambiamenti significativi nell'organizzazione dello stesso. Medici, infermieri e tecnici devono conoscere in maniera approfondita le caratteristiche specifiche di questa tecnologia e il suo impatto potenziale sulla gestione clinica del paziente e sulle sue aspettative.

L'organizzazione necessaria per un buon funzionamento del sistema comporta una definizione precisa e rigorosa di compiti e responsabilità. Ogni paziente deve conoscere l'infermiere referente e il medico responsabile. In questa gestione, l'infermiere può svolgere un ruolo attivo e importante, egli deve essere esperto in elettrostimolazione cardiaca e nel follow-up dei dispositivi impiantabili in particolare.

L'infermiere dedicato al controllo remoto ha innanzitutto un ruolo fondamentale nell'educazione del paziente, educare correttamente porta ad una buona indipendenza ed autogestione nelle cure e nel riconoscimento dei segni e sintomi di un eventuale aggravamento della malattia, migliora la qualità di vita del paziente in quanto previene il declino psicologico e la riduzione delle riospedalizzazioni, in poche parole una corretta educazione allunga la vita.

L'infermiere responsabile, nel momento in cui viene decisa l'assegnazione ad un paziente di un sistema di monitoraggio remoto, inizierà un intervento educativo mirato a far capire con chiarezza al paziente le potenzialità del servizio, ma anche cosa questo non rappresenta e non offre, in modo da non generare false certezze, che ritardino in caso di comparsa di sintomi la ricerca di un intervento appropriato. È fondamentale che il paziente sia informato in modo semplice ed esaustivo delle modalità, dei vantaggi e dei potenziali rischi del servizio offerto. È importante che gli sia spiegato chiaramente che il monitoraggio remoto non è un sistema per la gestione delle Urgenze e che sia istruito a recarsi in Pronto Soccorso in caso di emergenza. In telemedicina, il rapporto Medico-Paziente è di tipo cooperativo. La mancanza di collaborazione del paziente (per volontà o per incapacità) deve essere presa in grande considerazione e segnalata nella cartella individuale. Può diventare opportuno escludere, in tal caso il paziente dal servizio.

Il paziente viene dotato di un dispositivo portatile estremamente semplice (un telefono GSM che opera su una frequenza esclusivamente dedicata all'uso medico) che può essere



collocato in prossimità del letto per effettuare il controllo quotidiano ordinario preferibilmente nelle ore notturne. I dati ricevuti dal telefono vengono automaticamente inviati al centro servizi che li rende fruibili via internet al centro ospedaliero di riferimento, che ad intervalli prestabiliti accede per visualizzare le informazioni relative al controllo completo del dispositivo.

E' importante che al momento della consegna del sistema di monitoraggio remoto, oltre all'ingegnere della ditta produttrice, al cardiologo clinico o elettrofisiologo, e ad un familiare del paziente, sia presente l'infermiere che si occupa del controllo remoto. La consegna deve avvenire in un setting tranquillo dove il paziente ed il familiare possano sentirsi a proprio agio, fare domande, e soprattutto possano apprendere senza distrazioni esterne, le spiegazioni fornite dai vari professionisti. L'infermiere in questa fase occupa un posto di rilievo, in quanto affianca il cardiologo o l'elettrofisiologo nell'educazione vera e propria all'uso del dispositivo. Le informazioni che l'infermiere dedicato deve trasmettere al paziente ed ai suoi familiari riguardano prima di tutto il comportamento da tenersi nel caso suoni un allarme. La prima indicazione in questo caso è quella di mantenere la calma in quanto, a meno che non vi sia la comparsa concomitante di sintomi importanti, non ci sono urgenze. Trasmettere informazioni errate o fuorvianti è assolutamente destabilizzante per la serenità e la qualità di vita di questi pazienti.

E' compito dell'infermiere responsabile del controllo remoto introdurre all'arruolamento del paziente i dati nel sito web, revisionare i dati pervenuti e gli allarmi, effettuare lo screening dei dati e comunicare al cardiologo i casi critici, contattare il paziente se necessario e monitorarne la compliance. Sarà compito del medico responsabile la sottoscrizione del consenso informato, supervisione e controllo del processo globale, valutazione clinica dei casi critici, rapporti con il medico curante e con altri specialisti, sorveglianza della sicurezza dei dati memorizzati.

Deve essere previsto un sistema pre-ordinato di sostituzioni in caso di assenza dei referenti, per garantire risposta agli allarmi in tempo adeguato. Il tempo di risposta rappresenta una variabile critica della qualità del servizio e deve essere realisticamente definito in ogni realtà in base alle potenzialità organizzative. Una volta definito rappresenta uno dei punti critici che devono essere presenti nel consenso informato (cioè nel "contratto" con il paziente). In dettaglio l'infermiere referente viene fornito di una casella di posta elettronica dedicata e di un telefono cellulare per ricevere gli allarmi e i report dal centro servizi. E' prevista una connessione quotidiana con il sito web per la valutazione dei messaggi di allarme ricevuti, in assenza di allarmi è consigliabile una revisione almeno settimanale dei dati di ogni paziente e per verificare la corretta programmazione. Nei casi in cui i dati dell'interrogazione non sono presenti sul server, il paziente deve essere contattato telefonicamente per verificare l'integrità del sistema di trasmissione. In caso di insuccesso, è necessario convocare il paziente per una visita aggiuntiva e provvedere alla sostituzione dell'unità trasmittente se ciò si rende necessario.

L'opportuna frequenza dei controlli ambulatoriali e dei controlli in remoto dei pazienti portatori di dispositivi cardiaci deve essere stabilita in relazione al tipo di dispositivo

impiantato e alle condizioni cliniche del paziente. Resta insostituibile il controllo ambulatoriale dopo l'impianto e a distanza di un mese per la verifica della stabilizzazione del sistema e per la personalizzazione della programmazione.

Anche se le linee guida dell'HRS / EHRA Expert Consensus sul controllo ambulatoriale dei portatori di dispositivo impiantabile, dicono che il controllo remoto può sostituire a tutti gli effetti il controllo standard ambulatoriale, si consiglia comunque che almeno un controllo l'anno venga eseguito in maniera tradizionale per una valutazione clinica globale del paziente.

Ogni linea guida emanata da qualsiasi organismo non può avere valore definitivo rispetto ad una eventuale responsabilità (nell'affermarla o nell'escluderla). È certo che l'aderenza a linee guida emanate da organismi scientifici indipendenti costituisce buona dimostrazione di aver fornito un servizio dotato dei requisiti minimi ed indispensabili e mette l'operatore nella posizione di aver diligentemente confrontato il suo operato con le indicazioni di un organismo collegiale competente la cui autorità è condivisa nell'ambiente scientifico. Si aprono, ovviamente, scenari nuovi, di vario ordine, culturale, organizzativo, medico legale, che devono essere definiti. L'argomento è complesso e particolare per la sua novità strutturale.

E' bene precisare che i soggetti cui possono essere attribuite responsabilità passibili di valutazione medico legali sono almeno tre:

1. **L'azienda produttrice e distributrice del dispositivo e dei supporti informatici** di funzionamento e di collegamento con la centrale remota.
2. **La struttura ospedaliera** all'interno della quale avviene l'installazione del dispositivo e che riceve le informazioni dai sistemi per via telematica.
3. **Il medico e l'infermiere** referenti del sistema di monitoraggio.

Non è necessario che colui che rileva i dati telematici sia la stessa persona che visiterà il paziente ma è indispensabile che nei controlli periodici o in quelli straordinari (in caso di allarmi) il medico che prende in carico il paziente abbia a disposizione e valuti tutti gli elementi relativi al paziente compresi i dati clinici e le trasmissioni precedenti. Dunque è importante che tra tutti i membri dell'equipe ci sia una buona e tempestiva comunicazione, che si conoscano bene i pazienti, e che in caso di assenza dei referenti avvenga un diligente passaggio di consegne. Il controllo remoto anche se permette una continua raccolta di informazioni relative allo stato clinico del paziente, e tecniche relative allo stato di funzionamento del dispositivo, non deve essere inteso come unico trattamento ma come un diverso modo di organizzare l'assistenza.

Ciò comporterà una radicale modifica dei sistemi organizzativi in ambito sanitario, e dei rapporti tra il paziente e l'equipe dedicata al controllo remoto. La sfida è quella di trovare un modo di controllare un maggior numero di pazienti portatori di dispositivo in minor tempo, ottimizzando l'efficienza e l'efficacia del sistema per migliorare la qualità dell'assistenza mantenendo costantemente elevati gli standard di qualità delle cure ma preservando sempre il rapporto umano in un sistema ad alto contenuto tecnologico.

RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD ESTRAZIONE DI CATETERI

Gaetano Cisca

ASP 5, Ospedale S. Vincenzo Taormina

L'impianto di pacemaker (PM) e/o defibrillatori impiantabili (ICD) è una procedura in continua espansione, sia per il numero sempre crescente di pazienti che ne traggono beneficio sia per il continuo ampliarsi delle indicazioni cliniche, trovando utile applicazione nel trattamento delle aritmie ipo e ipercinetiche

Tale procedura deve essere considerata sempre un atto chirurgico a tutti gli effetti, pertanto soggetta a possibili complicanze acute e tardive.

LE COMPLICANZE TARDIVE più comuni riguardano il malfunzionamento e/o l'infezione dell'intero sistema di stimolazione cardiaca permanente, PM ICD ed elettrocateri

In questo caso, per una completa e radicale risoluzione del problema occorre eseguire la rimozione del PM e degli elettrocateri mediante la liberazione di questi ultimi dalle forti aderenze fibrose o fibrocalcifiche presenti all'interno del lume dei grossi vasi venosi, sui lembi della valvola tricuspide e sull'endocardio o miocardio atriale e ventricolare.

La rimozione transvenosa manuale di elettrocateri da PM, pur essendo una metodica molto cruenta e non esente da rischi talora mortali per il paziente, è da considerarsi attualmente il trattamento di scelta per la cura delle sepsi locali e/o generali e per i casi di malfunzionamento degli elettrocateri.

Essendo una tecnica molto invasiva bisogna tenere presenti le indicazioni delle linee guida nazionali (AIAC 2004) per la scelta dei pazienti (Classi I II e III), delle tecniche, dei materiali e della preparazione del personale medico-infermieristico in sala.

INDICAZIONI ALLA RIMOZIONE TRANSVENOSA DEI CATETERI

CLASSE 1 "obbligatorie"

CLASSE 2 "necessarie"

CLASSE 3 "secondo discrezione"

INDICAZIONI DI CLASSE 1

- SEPSI (inclusa l'endocardite)
- ARITMIE MINACCIOSE, secondarie a frammenti di cateteri ritenuti
- EVENTI TROMBOEMBOLICI significativi
- OBLITERAZIONE OD OCCLUSIONE di tutte le vene utilizzabili
- INTERFERENZA determinata da un catetere sul funzionamento di un altro sistema impiantato



INDICAZIONI DI CLASSE 2

- INFEZIONE LOCALIZZATA DELLA TASCA
- DANNO LOCALE
- EROSIONE CUTANEA CON ESPOSIZIONE GENERATORE /ELETTROCATETERE
- INFEZIONE OCCULTA
- DOLORE CRONICO
- NEOPLASIA
- LESIONE TRAUMATICA
- IMPEDIMENTO PER NUOVI DISPOSITIVI
- CATETERI NON FUNZIONANTI IN SOGGETTI GIOVANI

INDICAZIONI DI CLASSE 3

- RISCHIO BENEFICIO determinato dalla rimozione del catetere
- CATETERE SINGOLO NON FUNZIONANTE IN SOGGETTO ANZIANO

COMPLICANZE MAGGIORI

- MORTE
- AVULSIONE CARDIACA
- AVULSIONE VASCOLARE
- EMOTORACE
- PNEUMOTORACE
- EDEMA POLMONARE ACUTO
- ARRESTO RESPIRATORIO
- SHOCK SETTICO
- STROKE

COMPLICANZE MINORI

- VERSAMENTO PERICARDICO senza necessità di pericardiocentesi
- EMBOLIA POLMONARE senza necessità di intervento chirurgico
- RIPARAZIONE VASCOLARE vicina alla sede di impianto o all'ingresso venoso
- ARITMIE con necessità di cardioversione elettrica
- EMATOMA TASCA con necessità di drenaggio
- EDEMA DELL'ARTO SUPERIORE O TROMBOSI delle vene
- PROPAGAZIONE DELL'INFEZIONE a una sede precedentemente non infetta

OPERATORI E REQUISITI DI STRUTTURA

- MEDICO OPERATORE addestrato ed esperto
- DUE INFERMIERI addestrati e istruiti per la procedura, il trattamento delle complicanze
- PRESENZA SERVIZIO DI CARDIOCHIRURGIA, o equivalente Chirurgia, in grado di trattare con successo complicanze quali l'emotorace o la perforazione cardiaca
- MEDICO ANESTESISTA in grado di eseguire in tempo reale il supporto vitale e l'anestesia per l'eventuale intervento riparativo di emergenza.

ASPETTI TECNICO PRATICI

- Controllo scorte farmaci e materiale di consumo utili per le varie procedure
- Controllo parametri fisici della sala (temperatura e luminosità)
- Controllo apparecchiature elettromedicali:
defibrillatore, sistema di monitoraggio, poligrafo, intensificatore di brillantezza, respiratore, bisturi, PM temporaneo

RUOLO INFERMIERISTICO PRE- PROCEDURA

- Gestire lista operatoria
- Pianificare il trasferimento del paziente dall' U.O. di appartenenza

ACCOGLIENZA PAZIENTE

Verifica cartella infermieristica

Valutazione terapie in corso

Controllo consenso informato

Controllo accesso venoso

Controllo tricotomia (paziente adulto)

Controllo e rimozione di eventuali protesi o monili

ASPETTO CLINICO ORGANIZZATIVO DURANTE PROCEDURA

- INFERMIERE CIRCOLANTE addetto al controllo e registrazione dati
- INFERMIERE DI SALA o secondo operatore

INFERMIERE CIRCOLANTE

Registrazione dati paziente

Registrazione personale addetto alla procedura

Controllo funzionamento apparecchiature

Valutazione e registrazione parametri vitali

Registrazione tempo di scopia

Registrazione e scarico del materiale utilizzato

Registrazione in cartella infermieristica di tutti i dati pertinenti della procedura



INFERMIERE DI SALA

- Flessibilità operativa
- Conoscenza di tempi e modalità delle diverse procedure chirurgiche.
- Conoscenza di tutti i protocolli di emergenza.

PROTOCOLLO FINE PROCEDURA

Il paziente viene trasferito nel reparto di appartenenza (a cura di un socio sanitario) l'infermiere di emodinamica consegna al collega di reparto la cartella infermieristica da dove si evince:

- tipo di procedura eseguita
- eventuali problematiche verificatesi durante la procedura
- dosaggio infusioni eseguite o in corso

**INVIO IN LABORATORIO PUNTE DI CATETERI ESTRATTI
PER ESEGUIRE ESAME BATTERIOLOGICO**

LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO NELLA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Francesco Platania

Ospedale Vittorio Emanuele, Catania

Con il termine cartella clinica si intende un insieme di documenti che registrano tutte le informazioni anagrafiche e sanitarie di una persona malata. È un "diario della salute", tramite il quale i medici possono avere un quadro complessivo della storia della salute delle persone e possono diagnosticare meglio un disturbo o decidere la terapia più appropriata.

Secondo un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, la cartella clinica costituisce “un atto pubblico di fede privilegiata” ed il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria. L'articolo 2699 del codice civile definisce atto pubblico il “documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato. In sede di Cassazione Penale (sez.V21/1/81) viene affermato che “ ha natura di atto pubblico la cartella clinica redatta dal medico dipendente di una clinica convenzionata con il Ministero della Sanità.”

La persona malata ha pieno diritto a vedere la propria cartella clinica, anche durante il suo ricovero, o a chiederne una copia, una volta dimesso.

Possono chiedere o ritirare la copia di una cartella clinica

- la persona direttamente interessata. Se la persona è minorenni o interdetta, la cartella deve essere rilasciata al genitore o al tutore legale
- un'altra persona, anche il proprio medico di famiglia, che abbia una delega scritta da parte dell'interessato
- gli eredi legittimi, con riserva per determinate notizie
- i medici che la richiedono, per scopo scientifico o statistico, con l'obbligo di mantenere l'anonimato. Se, infatti, la persona malata ha dato il consenso al trattamento dei suoi dati, i medici possono averne accesso rispettandone, secondo l'obbligo del segreto professionale, la riservatezza
- l'Autorità giudiziaria, gli enti previdenziali, il Servizio Sanitario Nazionale

Proprio per la loro importanza, le informazioni contenute nella cartella clinica devono essere quindi chiare e leggibili da tutti

- le informazioni ivi contenute devono essere complete (esami medici effettuati, diagnosi, terapie, ecc.) e devono essere scritte immediatamente sulla cartella, non in un secondo tempo. Solo in questo modo, infatti, un altro medico che visiti un ammalato può avere il quadro completo della situazione
- nessuna annotazione già scritta può essere cancellata. Eventualmente, una seconda nota può smentire una precedente
- I dati, le informazioni, della cartella clinica sono dati sensibili e personali, non pubblici. L'assistito, generalmente, esprime il suo consenso all'ingresso nella struttura sanitaria,

leggendo e firmando un modulo per il trattamento delle informazioni all'interno della struttura sanitaria e per gli obblighi di legge. Nel caso l'ammalato non sia in condizioni di decidere, il consenso, per lui, può darlo un parente più prossimo o un tutore legale. Il consenso non è necessario in caso imminente pericolo di vita. Rifiutando di dare il consenso, la struttura non può fornire trattamenti sanitari se l'assistito non versa in pericolo di vita

- la responsabilità della compilazione della cartella clinica è dei medici (degli infermieri per quella infermieristica che ne è parte integrante)
- la responsabilità della corretta gestione e conservazione della cartella clinica è del Primario del reparto in cui si è in cura e passa alla Direzione Sanitaria nel momento in cui la cartella clinica è archiviata. Il compito di conservare la cartella nel reparto ospedaliero è, invece, dell'infermiere del reparto. La cartella è un atto pubblico, ogni alterazione, incompletezza costituisce reato (falso materiale, art.476 cod.penale).

La perdita di tale documentazione configura una responsabilità grave da parte dell'amministrazione ospedaliera. L'illegittima divulgazione del suo contenuto può condurre ad un ordine penale oltre al risarcimento. In caso di alterazione o incompletezza nei contenuti, che sia evidente e dimostrabile, il responsabile può essere denunciato per il reato di falso ideologico.

I medici, quindi, sono tenuti a:

- compilare la cartella quotidianamente;
- rendere possibile l'identificazione dei soggetti responsabili, attraverso firme leggibili e timbri;
- raccogliere dal malato e trascrivere tutte le informazioni necessarie a un'anamnesi completa;
- facilitare l'eventuale trasferimento del degente ad altra struttura fornendo con rapidità e precisione tutta la documentazione inerente al caso;
- far prendere visione della documentazione al medico di famiglia e ad altri medici in modo che essi possano eventualmente esprimere un parere sulle cure da effettuare.

La cartella clinica deve contenere, ai sensi di legge:

- identificazione Azienda Sanitaria
- identificazione del Presidio Ospedaliero
- identificazione della Struttura Organizzativa
- generalità dell'assistito
- caratteristiche del ricovero
- anamnesi
- esame obiettivo
- diario della degenza
- referti di trattamenti diagnostici e terapeutici
- diagnosi e terapia
- informative e dichiarazione di volontà dell'assistito
- registrazione dei parametri vitali
- lettera di dimissione e scheda di dimissione ospedaliera
- Cartella Infermieristica.

Cartella clinica e gestione del rischio clinico

In tutte le aziende sanitarie è possibile che si verifichino degli errori clinici, cioè che un paziente abbia a subire un danno a causa della imperizia, negligenza ed imprudenza di un operatore o, più spesso, di più operatori. Come sempre ci sono i furbi, che riescono a celare le loro colpe, ed i buoni che vengono colpiti per colpe che spesso sono anche di altri.

L'insieme di tutte le operazioni per:

- identificare
- valutare
- correggere il rischio clinico

rappresenta la "gestione del rischio clinico"

In questa maniera, affrontando le problematiche connesse con l'errore clinico, si raggiunge l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcome ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili e le implicazioni medico-legali ed assicurative che ne derivano.

Le Aziende hanno attuato dei sistemi per la gestione del rischio clinico, là dove il medico non è più il professionista che ha sbagliato, ma l'errore è visto come momento di miglioramento per l'intera organizzazione, utilizzando strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, per il loro trattamento ed infine per il monitoraggio nel tempo, la creazione di soluzioni organizzative ad esso orientate.

Informazione e consenso

Costituisce uno dei cardini della gestione del rischio clinico, non tanto nella consueta chiave di lettura giuridica (validità del consenso in relazione all'età, alle condizioni psicofisiche ecc.), quanto come fondamentale processo di comunicazione, nel quale il medico si gioca ampia parte della fiducia del paziente. Ciò ha notevole importanza nel prevenire azioni rivendicative, soprattutto allorquando si verifica un evento avverso.

Secondo la recente dottrina, il medico dovrà illustrare in termini comprensibili:

- a) la condizione patologica in atto;
- b) le scelte programmate tanto ai fini diagnostici che terapeutici;
- c) i rischi connessi all'attuazione dei mezzi diagnostici-terapeutici prescelti, prospettando, ove possibile, le possibili alternative;
- d) i risultati prevedibili di ciascuna scelta;
- e) gli effetti collaterali, le menomazioni e le mutilazioni inevitabili;
- f) le percentuali di rischio connesse, in particolare in relazione alla sopravvivenza

La cartella clinica è stata attenzionata dalla JCAHO (Joint Commission on Accreditation Healthcare Organization), che ricorda le principali finalità del documento:

- a) la pianificazione e la valutazione delle cure;
- b) l'evidenza documentale della appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard;
- c) la comunicazione tra medici che erogano le cure e altri medici che ne sono coinvolti;
- d) la protezione legale, sia degli interessi del paziente, sia dei medici che erogano le cure, sia ancora dell'azienda ospedaliera;
- e) l'educazione permanente e l'attività di ricerca.

Anche le Società americane che si occupano di Risk Management hanno puntualmente rimarcato gli obiettivi della cartella clinica:

- a) lo studio e la ricerca per qualsiasi scopo, anche sulla responsabilità professionale del medico;
- b) il controllo delle infezioni ospedaliere;
- c) l'accreditamento istituzionale;
- d) l'analisi dei costi.

Conclusioni

La corretta compilazione della cartella clinica da parte del Medico è presupposto di un intero percorso che porta al miglioramento della qualità delle attività svolte in regime di ricovero ed ambulatoriale.

Bibliografia

- 1) Normative ISO 9000
- 2) D.Lgs. 30-12-1992 n 502 - Riordino della disciplina in materia Sanitaria
- 3) D.Lgs. 7-12-1993 n 517 - Riordino della disciplina in materia Sanitaria
- 4) Decreto Legislativo 19-6-1999 n 229 - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale
- 5) Buzzi F, Sclavi C. La cartella clinica: atto pubblico. Scrittura privata o "tertium genus".
- 6) Cattinelli L.: La cartella clinica: importanza medico legale ed assicurativa, Tagete, Anno II-1996.
- 7) Claudi M. C., Informazione e consenso: l'atto medico e la professione sanitaria tra eticandirito ed economia, in Igiene e sanità pubblica, Volume LV, n. 3/4 maggio-agosto 1999 Ed. NEBO.
- 8) Codice Deontologico del Medici approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini Medici e Chirurghi, ottobre 1998.
- 9) Comitato Nazionale per la Bioetica, Informazione e consenso all'atto medico, 20.6.1992.

LA RIABILITAZIONE : LINEE GUIDA

Gabriella Vicari

P.O. " G.F. Ingrassia ", Palermo

La cartella infermieristica, è ormai divenuta un indispensabile strumento di assistenza al paziente. La gestione di tale strumento, tuttavia, proprio perché non esiste ancora una disciplina legislativa omogenea ma è piuttosto affidata alle molteplici prassi organizzative delle varie Aziende sanitarie, è ancora abbastanza multiforme. In ogni caso, al di là delle singole scelte delle Aziende in ordine all'utilizzo di tale strumento, è importante per il professionista conoscere la natura giuridica di questo documento, non da ultimo, individuare con chiarezza e precisione i profili e gli aspetti attinenti le responsabilità dell'infermiere in ordine alla sua gestione.

Gli infermieri, ad un certo punto della loro storia professionale, hanno avvertito l'esigenza di registrare per iscritto le note sanitarie inerenti il paziente come utile strumento per una sua maggiore assistenza.

Si è poi compreso, col passare del tempo, che queste annotazioni, tutto sommato ancora abbastanza scarse, possedevano una potenzialità informativa importante, la cui corretta utilizzazione poteva diventare strumento fondamentale per un nuovo tipo di assistenza al paziente.

La cartella infermieristica, quindi può essere definita, come quello strumento operativo e informativo utile per registrare, progettare, gestire, comunicare, valutare e documentare l'assistenza infermieristica.

Già nel 1973, ad opera della legge n. 795, viene affermato che "è funzione essenziale dell'infermiere professionale osservare le condizioni o gli stati fisici o emotivi che provocano importanti ripercussioni sulla salute e comunicare tali osservazioni agli altri membri del gruppo sanitario".

L'abrogato mansionario si limitava, invece, a stabilire che l'infermiere doveva provvedere alla registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio.

Solamente 10 anni or sono, col il D.P.R. n. 384 del 28 novembre 1990, che recepiva l'accordo per il contratto collettivo dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale viene stabilito che "deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che, nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino.

Infine, il D.M. n. 794 del 1994 e, da ultimo, la legge n. 42 del 1999 hanno completato il quadro, permettendo di raggiungere l'obiettivo del riconoscimento dell'infermiere quale "professionista dell'assistenza".

In considerazione di ciò, pertanto, la cartella infermieristica deve e dovrà sempre più necessariamente diventare uno strumento irrinunciabile per l'équipe infermieristica al fine di garantire un corretto piano d'assistenza.

Importanti sono, pertanto, anche i profili di carattere giuridico che permeano questo indispensabile strumento sanitario. Basti pensare, ad esempio, alla circostanza che la cartella infermieristica deve essere redatta secondo principi di chiarezza, di facile consultazione, di reperibilità, di adeguata archiviazione.

Di conseguenza, le responsabilità civili, penali e disciplinari cui può andare incontro il professionista per una non diligente compilazione o tenuta della cartella infermieristica possono essere importanti.

La cartella infermieristica, poiché non proviene da un pubblico ufficiale, come ad esempio il medico, bensì da un incaricato di un pubblico servizio, quale appunto l'infermiere, è considerata dalla legge un "atto pubblico in senso lato". L'atto pubblico in senso lato, quindi, può essere definito come quel documento compilato da un pubblico impiegato incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni e attribuzioni. La funzione "legale", quindi, della cartella infermieristica è quella di servire a documentare fatti inerenti all'attività svolta dall'infermiere e alla regolarità delle operazioni amministrative alle quali è addetto.

Dunque, non solo la cartella clinica è documento ad avere valore legale, bensì anche la cartella infermieristica. Questo è molto importante, come è altrettanto importante ed indispensabile che tale documento sia redatto e conservato con la massima cura e diligenza, poiché in caso di processo tutta la documentazione sanitaria viene sequestrata dall'autorità giudiziaria e diventa importante per l'esatta ricostruzione dei fatti.

I reati cui può incorrere l'infermiere quale compilatore della cartella infermieristica, in considerazione della sua natura di atto pubblico in senso lato, sono pertanto gli stessi reati nei quali può incorrere il medico nel compilare la cartella clinica, alla quale, appunto, per gli aspetti legali la cartella infermieristica è equiparata.

I reati, quindi, ipoteticamente più frequenti nei quali potrebbe incorrere l'infermiere nella gestione della cartella infermieristica sono il falso materiale in atto pubblico e il falso ideologico in atto pubblico, previsti rispettivamente dagli articoli 476 e 479 del codice penale. L'art. 476, infatti, sancisce che "il pubblico ufficiale (in questo caso, l'incaricato di un pubblico servizio, n.d.r.) che, nell'esercizio delle sue funzioni forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero è punito con una reclusione da uno a sei anni.

L'art. 479, invece, punisce il pubblico ufficiale (e l'incaricato di un pubblico servizio, n.d.r.) che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali all'atto è destinato a provare la verità. La pena è la stessa prevista per il reato di cui all'art. 476 c.p. Importante è, tuttavia, la distinzione tra falsità materiali e falsità ideologiche.

D'ordinario, la differenza tra le due forme di falso viene posta nei seguenti termini: mentre nel falso materiale il documento viene falsificato nella sua essenza materiale, nel falso ideologico il documento è falsificato soltanto nella sua sostanza, e cioè nel suo contenuto ideale.



In altre parole, ad esempio, incorrerebbe nel reato di falsità materiale l'infermiere che provvedesse a cancellare o a modificare i dati già immessi in una cartella clinica precedentemente compilata. Incorrerebbe, invece, nel diverso reato di falsità ideologica l'infermiere che annotasse in cartella dati non corrispondenti al vero, cioè non corrispondenti alle reali condizioni del paziente. E' importante, quindi, che l'infermiere, nella compilazione della cartella di sua competenza, la impronti a principi di veridicità, completezza, correttezza formale e chiarezza. Altrettanto importante è che le annotazioni vadano fatte contemporaneamente all'evento descritto, anche se la contemporaneità non va peraltro intesa in maniera rigorosa.

In sintesi, quindi, a chiusura del presente lavoro, è opportuno sottolineare come gli elementi maggiormente rilevanti della cartella infermieristica sono la veridicità, cioè la conformità di quanto constatato obiettivamente con ciò che è dichiarato per iscritto; la completezza in ogni sua parte; la correttezza formale, ovvero l'assenza di abrasioni, correzioni, adattamenti e completamenti tardivi; la chiarezza, che riguarda anche la grafia, potendo errori di lettura, indotti dalla cattiva leggibilità del testo, indurre concreti pericoli di danno per il paziente.

SCHEDA UNICA DELLA TERAPIA. COMPETENZE MEDICHE

Gaetano Satullo

S.C. di Cardiologia, Ospedale Papardo, Messina

La scheda unica della terapia è parte integrante della cartella clinica ed è fondamentalmente uno strumento di comunicazione interna che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico di ogni singolo paziente ricoverato. Tale scheda terapeutica viene utilizzata dai medici per effettuare la prescrizione e dagli infermieri per effettuare la somministrazione dei farmaci. In alcune realtà la scheda unica della terapia viene utilizzata anche dai farmacisti, particolarmente nel caso in cui si debbano utilizzare preparazioni galeniche.

La scheda unica di terapia nasce al fine di ridurre il rischio clinico; in particolare per garantire più sicurezza e ridurre la possibilità di errori nel processo della terapia farmacologica. Infatti gli errori del processo di terapia sono i più frequenti intendendo per errore di terapia ogni evento prevenibile che per uso inappropriato del farmaco può condurre a un pericolo per il paziente. Ciò può essere ridotto nella consapevolezza che al pari dell'infermiere, al medico oltre al comportamento eticamente corretto toccano compiti più formali ma altrettanto importanti. In particolare l'art. 23 del codice deontologico medico recita: "La cartella clinica deve essere redatta chiaramente con puntualità e diligenza, nel rispetto delle buone norme di pratica clinica ..." Senz'altro tutto quanto attiene alla terapia è uno degli elementi di maggiore importanza.

Gli errori di terapia possono essere:

1. Di prescrizione
2. Di trascrizione/interpretazione
3. Di preparazione
4. Di distribuzione
5. Di somministrazione

La scheda unica di terapia una volta applicata consente di:

- a. migliorare la sicurezza della persona assistita
- b. individuare la responsabilità nella prescrizione e nella somministrazione/assunzione terapeutica, consentendo la tracciabilità su un unico documento di tutte le operazioni effettuate
- c. evitare le doppie trascrizioni tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica
- d. consentire agli infermieri di identificare correttamente il prescrittore e la terapia prescritta
- e. documentare l'attività svolta
- f. favorire la collaborazione multidisciplinare
- g. rispettare la corretta procedura della somministrazione del farmaci

Il medico è l'unico responsabile della prescrizione dei farmaci e unitamente al caposala e agli infermieri è responsabile della corretta compilazione. E' ancora oggi difficile valutare

quantitativamente gli errori di prescrizione. In alcuni studi degli anni 90 l'errore di prescrizione oscillava tra il 4 e il 39%! Senz'altro l'errore di prescrizione è uno dei più frequenti.

Per ogni prescrizione deve risultare chiaro e comprensibile:

1. La data
2. Il nome generico o commerciale del farmaco evitando il nome chimico
3. Il dosaggio con l'unità di misura in forma codificata
4. La forma farmaceutica prescritta
5. Il numero di somministrazioni con la programmazione temporale
6. La via di somministrazione prescelta
7. La firma del medico prescrittore (le firme devono essere depositate in un apposito registro)

Si ricordi che nella prescrizione si deve evitare la frase "al bisogno; infatti deve essere sempre riportato un segno obiettivo (per es. temperatura corporea, valori della pressione arteriosa) o un parametro biologico (per es. glicemia) di riferimento, superato il quale "scatta" la somministrazione del farmaco. Bisogna poi specificare la posologia, la dose massima e l'eventuale intervallo di tempo minimo tra le somministrazioni.

Esistono poi altre situazioni che solitamente vengono codificate a livello aziendale quando si applica la scheda unica di terapia. Per esempio se una prescrizione occupa più di una riga è buona norma apporre una sola firma nella riga inferiore; tale riga verrà utilizzata per la somministrazione. O ancora se un farmaco viene prescritto in altro giorno rispetto a quello del ricovero, la data deve essere accuratamente segnalata. La prescrizione della terapia in infusione continua deve comprendere la data, il farmaco, il dosaggio, la velocità d'infusione e l'orario d'inizio dell'infusione.

In relazione alla terapia d'urgenza è chiaramente consentita una prescrizione verbale. In tale caso, a condizioni cliniche stabilizzate, in base anche alle disposizioni aziendali, la terapia può essere poi riportata sul diario clinico.

Oltre a tutti i suddetti requisiti di contenuto, nella prescrizione e, più in generale in tutte le fasi di compilazione, è necessario porre attenzione ai requisiti grafici; senz'altro la scrittura deve essere chiara, possibilmente a stampatello e deve sempre essere apposta all'interno delle apposite caselle.

Bibliografia essenziale:

- 1) Faccenda G, Mercanti R: Quaderni per la sicurezza dell'ASUR 7 di Ancona - Procedura di utilizzo scheda di terapia unica, 2008
- 2) Calfa C et al: Regione Toscana - Centro Gestione Rischio Clinico, I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente: Scheda terapeutica Unica, 2006
- 3) Hartwig et al: Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. Am J Hosp Pharm 1991; 48:2611-6
- 4) Leape LL et al: Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group JAMA 1995;274:35-43
- 5) Lesar TS et al: Factors related to errors in medication prescribing. JAMA 1997;277:312-317
- 6) Dean BS et al: What is prescribing error? Quality in Health Care 2000;9:232-237

SCHEDA UNICA DI TERAPIA COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Rosalia Episcopo

Ospedale Civico, Palermo

Gli ultimi anni sono stati, per gli infermieri, ricchi di cambiamenti che hanno mutato l'immagine e la responsabilità dei professionisti nei confronti del cittadino e della collettività.

La richiesta di prestazioni assistenziali di qualità e personalizzate è sempre più in aumento; si accresce il livello di competenza e responsabilità dell'infermiere nei confronti della persona assistita; i tempi esigono professionisti preparati, capaci di confrontarsi in equipe multidisciplinari e che sappiano dare garanzie sulle proprie azioni, in quanto consapevoli delle conseguenze che possono derivare dalle loro decisioni e dal loro modo di condurre gli interventi.

La normativa vigente assegna la prescrizione terapeutica alla competenza del medico, mentre all'infermiere è assegnata la somministrazione dei farmaci prescritti: "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche (DM sanità 14 settembre 1994 n.. 739).

Come noi sappiamo spesso si può incorrere in errori di terapia. Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), per errore di terapia si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. La valutazione dell'errore di terapia si basa prevalentemente sulle modalità di impiego del farmaco e sul rischio clinico che ne può derivare. Per rischio clinico si intende la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" Non tutti gli errori di terapia determinano un danno, la maggior parte possono essere considerati near miss che possono essere evitati come potenziali eventi avversi, eventi con un alto potenziale di rischio. Eventi che determinano invece un danno per il paziente sono gli eventi avversi da farmaci (ADE) che sono eventi prevenibili / evitabili dovuti ad errori nell'uso dei farmaci e le reazioni avverse da farmaci (ADR) che sono reazioni non prevenibili / evitabili correlate all'uso dei farmaci.

Da una raccolta dati effettuata fu evidenziato che gli errori più ricorrenti erano: 1. trascrizione dalla cartella clinica al quaderno della terapia; 2. difcile interpretazione della scrittura medica; 3. mancata visibilità del processo terapeutico.

La prevenzione dell'errore eticamente rappresenta uno dei metodi più corretti per il raggiungimento della qualità totale in sanità.

I medici, i farmacisti, gli infermieri ed i pazienti sono gli attori coinvolti in questo delicato processo ed ognuno può incorrere in un errore se le caratteristiche del sistema non

pongono i vincoli ad evitare le azioni sbagliate e gli inviti a seguire i passaggi giusti. Nel percorso di revisione del processo terapeutico è utile considerare l'attuale contesto sanitario italiano, relativamente all'argomento degli errori della somministrazione dei farmaci:

- ❖ esiste generalmente una scarsa sensibilità da parte degli operatori sanitari coinvolti nel processo terapeutico relativamente all'argomento. L'operatore sanitario, sia esso medico, farmacista o infermiere tende a riutare la possibilità di commettere degli errori;
- ❖ all'interno delle realtà ospedaliere le diverse fasi del processo terapeutico sono espletate attraverso modalità di comportamento ormai automatiche e routinarie e, a volte, tra i comportamenti abitudinari sono conservate le modalità scorrette che possono essere causa di errore;
- ❖ esiste una difficoltà oggettiva a reperire dati affidabili relativamente agli errori di terapia poiché la maggior parte dei contesti sanitari non possiede sistemi strutturati di rilevazione e monitoraggio degli errori;
- ❖ malgrado quanto evidenziato esiste una recente sensibilizzazione in merito all'argomento sia da parte dell'opinione pubblica sia da parte del Ministero della Salute, il quale ha emanato la Raccomandazione n°7

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA

MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA

Un uso non corretto dei farmaci può determinare eventi avversi con conseguenze gravi per i pazienti

La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria. Gli errori in terapia farmacologica si possono verificare durante tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio.

La presente Raccomandazione rappresenta uno strumento completo a supporto degli operatori da implementare in tutte le strutture sanitarie per evitare o minimizzare il rischio dell'insorgenza dell'evento sentinella dovuto ad un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera. I contenuti proposti dalla raccomandazione sono di grande utilità anche nella prevenzione di eventi avversi che per loro natura non ricadono nella definizione di evento sentinella adottata ai fini della stesura di questo documento. La Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, tiene conto del lavoro svolto dal Consiglio Superiore della Sanità, Sezione V.

3. Ambiti di applicazione

COSA

La Raccomandazione si applica a tutti i farmaci usati in ospedale e in particolare ai “farmaci ad alto livello di attenzione”

A CHI

La Raccomandazione è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di gestione del farmaco

DOVE

La Raccomandazione si applica in tutte le strutture sanitarie

PER CHI

La Raccomandazione è a tutela di tutti i pazienti che necessitano di terapia farmacologica

Tra le azioni Raccomandate dal Ministero abbiamo

AZIONI

Le principali azioni da intraprendere sono:

- a. adottare una procedura condivisa a livello aziendale per la conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione e somministrazione dei farmaci;
- b. adottare la scheda unica di terapia e introdurre progressivamente sistemi computerizzati di prescrizione;
- c. adottare, tramite procedura aziendale, una lista delle abbreviazioni, dei termini e dei simboli che possono essere utilizzati;
- d. laddove esistono dubbi sulla corretta interpretazione della prescrizione contattare sempre il medico;
- e. far controllare da due operatori, se possibile, il dosaggio dei farmaci soprattutto dei “farmaci ad alto livello di attenzione”;
- f. apporre, al momento della trascrizione, la propria firma o sigla.

Dopo la prescrizione, la preparazione rappresenta la fase più critica nel processo di gestione del farmaco in ospedale sia in reparto che in Farmacia.

L'errata preparazione di un farmaco dipende da varie cause fra cui:

- diluizioni e ricostituzioni non corrette;
- miscelazione di farmaci fisicamente o chimicamente incompatibili tra loro o con le soluzioni utilizzate per la diluizione;
- errata compilazione dell'etichetta;
- deterioramento dei farmaci (farmaco scaduto o non correttamente conservato).

4.7 Somministrazione

L'errore di somministrazione si può considerare come una deviazione tra la terapia farmacologica che il medico ha prescritto in base alle Buone norme di pratica clinica e il farmaco ricevuto dal paziente.

AZIONI

Le principali azioni da intraprendere sono:

- a.** adottare una procedura condivisa a livello aziendale per la conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione e somministrazione dei farmaci;
- b.** accertarsi della corretta identificazione del paziente anche in presenza di procedure ad hoc;
- c.** coinvolgere il paziente, laddove è possibile, nell'atto della sua identificazione prima della somministrazione;
- d.** informare il paziente, se possibile, circa la terapia che gli è stata prescritta inclusi gli effetti collaterali ed incoraggiarlo a fare domande relativamente alla terapia somministrata: la corretta informazione al paziente aumenta la sua compliance;
- e.** verificare la corrispondenza fra quanto indicato nella scheda di terapia e quanto effettivamente presente sul carrello delle terapie;
- f.** leggere attentamente al momento della somministrazione: il dosaggio, la concentrazione, la via di somministrazione, la scadenza, l'etichetta del farmaco, eventualmente la velocità della pompa di infusione e controllare le linee di raccordo;
- g.** rendere disponibili, a coloro che somministrano il farmaco, informazioni sul paziente e sul farmaco e su eventuali cambiamenti della terapia;
- h.** prevedere, almeno per alcuni farmaci, la produzione automatizzata delle dosi e la somministrazione controllata tramite tecnologia informatizzata;
- i.** rendere disponibili tabelle di dosaggio in modo da facilitare gli aggiustamenti di dose;
- j.** non lasciare farmaci sul comodino durante l'assenza momentanea del paziente;
- k.** accertarsi sempre dell'avvenuta somministrazione;
- l.** apporre la firma o sigla dell'avvenuta somministrazione;
- m.** per i farmaci iniettabili allestiti centralmente nella Farmacia devono essere fornite, da parte del farmacista, indicazioni sul tempo e sulla via di somministrazione (centrale o periferica) in base alla concentrazione del farmaco o alla sua osmolarità, avvertenze particolari sulla conservazione o sui dispositivi eventualmente necessari per la somministrazione;
- n.** prestare particolare attenzione in caso di somministrazione di farmaci attraverso sondino naso-gastrico.

Qualora la prescrizione risulti incompleta o illeggibile è fonte di responsabilità per il medico.

L'eventuale danno derivante dall'errore di trascrizione della prescrizione medica, da parte dell'infermiere, è fonte di responsabilità per l'infermiere stesso, ed è pertanto opportuno evitare le trascrizioni. L'errore, come atto di negligenza, può dar luogo a procedimenti disciplinari, civili e penali.

La gestione del farmaco è invece assegnata alla responsabilità dell'infermiere, così come il giudizio relativo al se somministrarlo, in relazione ai sintomi presentati dal paziente, ad esempio, all'atto della somministrazione di un farmaco come la digitale, se il paziente presenta bradicardia l'infermiere è tenuto a comunicare la variazione clinica al medico prima di dare corso alla somministrazione stessa.

Caratteristica particolare assume, invece, la prescrizione terapeutica indicata con il termine "al bisogno" in cui viene affidato all'infermiere il giudizio relativo oltre che al se anche al quando somministrare il farmaco. Si introduce così il concetto di responsabilità nella correttezza della valutazione del bisogno del paziente.

Tale tipologia di prescrizione premette la necessità di definire il concetto di "bisogno" nell'ambito della prescrizione stessa; cioè il quando effettuare la somministrazione e gli eventuali limiti della somministrazione stessa.

La completezza della prescrizione deve essere tale da consentire all'infermiere una valutazione certa del ricorso dello stato di bisogno.

Ad esempio, somministrare l'antipiretico se la temperatura supera il valore di 38,5 C. oppure somministrare l'antidolorifico alla comparsa del dolore ma non ripetere prima di quattro ore.

Ovviamente, come nel caso della somministrazione ordinaria, anche per la prescrizione terapeutica al bisogno, la comparsa di segni e sintomi non previsti nella prescrizione stessa devono essere riferiti al medico.

Indipendentemente dall'organizzazione assistenziale presente nella struttura, occorre, in collaborazione con l'équipe medica, individuare una procedura di prescrizione, somministrazione e valutazione della terapia in una unica scheda che consenta sia la registrazione della prescrizione che della somministrazione.

La scheda di terapia diventa quindi quella parte della documentazione clinica che assume le seguenti funzioni:

- prescrizione terapeutica da parte del medico;
- somministrazione del farmaco da parte dell'infermiere;
- verifica degli effetti.

All'atto della dimissione o del trasferimento la scheda va unita alla restante documentazione clinica.

Graficamente la scheda della terapia deve prevedere spazi per:

- la prescrizione completa della terapia, ivi compresa la data di sospensione;
- la documentazione della somministrazione, oppure le cause della mancata somministrazione.

Premesso che la somministrazione terapeutica deve essere documentata dall'infermiere che l'ha effettuata, a seconda del modello assistenziale e organizzativo della struttura, si può ricorrere a due modalità grafiche:

- la prima è basata sulla apposizione della firma (anche in forma di sigla) al termine della somministrazione per ogni paziente;
- la seconda si fonda sulla firma della avvenuta somministrazione terapeutica per i pazienti affidati.

Nella prima ipotesi si fa riferimento alle strutture ove si opera per compiti o "giri", nella seconda si prendono in considerazione le strutture ove si opera per "settori" o "per piccole équipe" con assegnazione responsabile di un certo numero di pazienti ad ogni infermiere. L'infermiere si rende garante di tutte le procedure, dettate dalla migliore letteratura e manualistica professionale.

Pur essendo unitario l'atto di somministrazione della terapia è possibile, da un punto di vista giuridico, scomporlo in due distinti momenti: l'atto di prescrizione, di competenza medica, e l'atto di somministrazione, di competenza infermieristica.

Se questi due momenti vengono tenuti distinti, con la corretta apposizione della firma sia nell'atto di prescrizione, che nell'atto di somministrazione, l'infermiere risponderà solo degli errori legati alla somministrazione. In caso contrario, potranno essergli contestati atti che sono istituzionalmente di responsabilità medica.

La più recente giurisprudenza ha statuito che compete all'infermiere, nel caso in cui sorgano dubbi sul dosaggio prescritto dal medico, la segnalazione al medico stesso della prescrizione dubbia al fine di indurre il medico a un'eventuale revisione dell'indicazione terapeutica.

Questo, precisa la suprema Corte, in quanto l'attività di preparazione di un farmaco "non sia prestata in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo con il medico, richiamando l'attenzione di questi, in presenza di dubbi, sulla variazione del farmaco o sul dosaggio". A supporto della necessità di apporre la firma, nell'atto di somministrazione, trova conferma negli standard JCI per Strutture di ricovero e cura quali:

ACC. 2.2

"le informazioni sul trattamento e sulla risposta del paziente a tale trattamento sono condivise tra gli operatori medici, infermieristici e sanitari in generale durante ciascun turno di lavoro, tra i vari turni ed all'atto del trasferimento da un'unità all'altra".

Intento di ACC. 2.2

La comunicazione e lo scambio d'informazioni tra i professionisti sanitari sono essenziali per l'armonia del processo di cura. Lo scambio delle informazioni essenziali può avvenire a voce, per iscritto o con mezzi elettronici. Ogni ospedale decide quali informazioni devono essere scambiate, con che mezzo e con quale frequenza. Le informazioni trasferite da un operatore all'altro includono:

- un resoconto delle cure prestate;
- la risposta del paziente al trattamento.

MOI. 1.5.1

La politica ospedaliera identifica i soggetti autorizzati a fare annotazioni nelle cartelle cliniche e stabilisce il formato e il contenuto delle stesse.



MOI. 1.5.3

L'autore, la data e l'ora di tutte le annotazioni riportate nelle cartelle cliniche sono chiaramente identificabili.

La scheda terapeutica unica è un eccellente strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati. Per questo consente di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia (Leape et al, 1998). La STU è parte integrante della cartella clinica e:

1 Facilita i medici ad effettuare la prescrizione scritta in modo chiaro ed evitare la prescrizione a voce;

2 Consente ai farmacisti di identificare correttamente il prescrivente e le caratteristiche del paziente, nei processi terapeutici che li coinvolgono nella preparazione del farmaco, in modo tale da collaborare con il medico per la sicurezza della prescrizione.

3 Evita passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica cosicché gli infermieri impiegano la stessa scheda redatta dal medico per effettuare la somministrazione, risparmiando tempo ed errori di trascrizione; consente di tener traccia su un unico documento di tutte le operazioni effettuate sul processo e dell'autore di ogni intervento terapeutico.

LA TRICOTOMIA PREOPERATORIA E L'INCIDENZA DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA: STUDI A CONFRONTO

Giuseppe Di Dio

U.O.C di Cardiologia, Garibaldi - Nesima, Catania

La preparazione del paziente sottoposto a procedure chirurgiche, a scopo diagnostico che terapeutico, è una pratica effettuata sotto controllo dell'Infermiere.

L'incidenza dell' S.S.I. (surgical site infection) è direttamente proporzionale alla degenza preoperatoria. La preparazione preoperatoria include la tricotomia di routine della sede designata per la ferita chirurgica. Essa viene effettuata in quanto la presenza di peli può interferire: con l'incisione della relativa ferita, con la sutura dell'incisione e con l'applicazione di medicazioni adesive sulla ferita CH.

Fra gli obiettivi della tricotomia del campo operatorio, vi è quello presunto di evitare che i peli interferiscono con la disinfezione e di prevenire la contaminazione della ferita in corso d'intervento: In realtà, la ricerca sulla prevenzione delle S.S.I. ha dimostrato che non è necessario eseguire tale procedura per diminuire il rischio infettivo. Pertanto la tricotomia può rendersi necessaria per ragioni diverse (potenziale accesso alla zona, visibilità), ma non dev'essere considerata come misura preventiva delle S.S.I.

E' CONSIGLIATO QUANDO POSSIBILE NON DEPILARE

Comunemente vengono usati tre metodi per la tricotomia:

1) clipper o rasoio elettrico, 2) rasoio tradizionale, 3) crema depilatoria.

Qualora la tricotomia sia indispensabile, al fine di ridurre il rischio di S.S.I. è necessario:

Usare procedimenti che comportano minore rischio cutaneo:

- Taglio dei peli con forbici o rasoi elettrici, preferibilmente con (clipper);
- Ceretta eseguita in ambito extraospedaliero in un arco di tempo sufficiente a superare la normale reazione post depilatoria assicurando un campo operatorio privo d'irritazione cutanea;
- Impiego di crema depilatoria, esclusivamente se è accertata la tolleranza dell'utente ai componenti del prodotto.

Evitare la rasatura con rasoi a lametta, che ha dimostrato di provocare una maggiore incidenza di S.S.I in quanto provoca microlesioni cutanee con produzione di essudato, che rapidamente colonizzato da una ricca flora microbica, costituisce un serie premessa d'infezione.

Limitare l'estensione della tricotomia all'area d'incisione: a tale scopo sono utili i protocolli di reparto, specifici in relazione alle diverse tipologie d'intervento.

Eseguire la procedura entro il più breve tempo possibile dall'intervento chirurgico, preferibilmente meno di due ore prima.

Oltre alla tricotomia, le altre misure raccomandate per la preparazione preoperatoria sono le seguenti:

- Doccia antisettica: praticata la sera antecedente l'intervento e rinnovata se è possibile il giorno dell'intervento, dopo la tricotomia. Utilizzando un antisettico (clorexidina gluconata);
- Misure di igiene personale: taglio unghie, detersione cavo orale, taglio barba e baffi;
- Misure di igiene ambientale: cambio biancheria del letto dopo la doccia, pulizia del letto e della barella, pulizia e detersione delle attrezzature e degli accessori;
- Gestione degli effetti personali: rimuovere sempre protesi e monili.

LE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (INCIDENZA)

La presenza di infezioni può includere almeno uno dei seguenti elementi: pus, dolore, aumentata sensibilità al tocco, gonfiore o arrossamento, della parte interessata.

Le infezioni della ferita ch continuano a rappresentare una complicanza frequente dell'intervento ch e con elevato impatto clinico ed economico.

Da studi effettuati si è rilevato come l'infezione del sito ch rappresenta la complicanza più frequente dell'intervento ch, d'attribuire nel 13% dei casi a errori nell'assistenza dei pazienti (carenze nelle misure preventive, tecnica ch); di cui il 22% avevano comportato una grave disabilità o il decesso del paziente.

La contaminazione microbica di una ferita ch è la condizione favorente S.S.I.; Il rischio può esser rappresentato dalla seguente relazione:

- ❖ RISCHIO D'INFEZIONE CH "=" CARICA BATTERICA CONTAMINANTE "X" VIRULENZA
"/" RESISTENZA DEL PAZIENTE OSPITE

Si distinguono 2 tipi di contaminazione, quella endogena, quando i microrganismi responsabili sono i saprofiti presente sulla e/o sulle mucose sede dell'intervento, quella esogena quando si verifica una contaminazione da parte di microrganismi ambientali, o comunque non provenienti dal paziente, tale contaminazione è la conseguenza del mancato rispetto delle norme di prevenzione.

CLASSIFICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA

- ❖ 0 = Nessun segno di flogosi;
- ❖ 1 = Eritema, infiltrazione, dolore;
- ❖ 2 = Come 1 e/o raccolta di materiale non francamente purulento;
- ❖ 3 = Raccolta infetta interessante meno di metà ferita;
- ❖ 4 = Raccolta infetta interessante più di metà ferita;
- ❖ 5 = Deiscenza sospetta dei piani profondi;
- ❖ 6 = Deiscenza certa dei piani profondi.

La probabilità che i pazienti sottoposti a interventi che sviluppino un'infezione post-operatoria del sito varia in relazione a diversi fattori:

- ❖ il distretto anatomico interessato dall'intervento;
- ❖ le caratteristiche e la durata dell'intervento (se è un intervento d'elezione quindi pulito o d'urgenza quindi contaminato);
- ❖ l'eventuale inserzione di un corpo estraneo o materiale protesico, aumenta il rischio d'infezione che in quanto riduce le difese dell'ospite;
- ❖ le caratteristiche (elevato American Society of Anesthesiologists Score - ASA Score-) al momento dell'intervento basate sulla presenza delle malattie concomitanti e condizioni fisiche del paziente;
- ❖ durata della degenza prima dell'intervento in quanto nelle 48 ore successive all'ingresso in ospedale la cute del paziente viene colonizzata da germi di origine nosocomiale.

Per tale motivo bisogna limitarne i tempi; l'incidenza d'infezione del sito che varia da meno dell'1 % in alcuni interventi puliti in pazienti non a rischio, ad esempio interventi cardio che o interventi protesici sull'anca o sul ginocchio a 15 % in interventi sull'intestino in pazienti a rischio.

Le misure efficaci a prevenire le infezioni della ferita che sono state oggetto di ricerca negli ultimi 30 anni.

Le infezioni post operatorie non possono essere completamente eliminate, ma l'adozione di misure preventive appropriate porta ad una riduzione significativa di complicanze infettive.

Si intendono tutte quelle misure di carattere comportamentale e assistenziale determinanti nella prevenzione dell'infezione del sito che:

- 1. Misure preventive pre-operatorie** (la profilassi antibiotica, tricotomia e disinfezione del sito che, doccia antisettica)
- 2. Misure preventive intra-operatorie** (antisepsi delle mani e degli avambracci, ambiente operatorio quale ventilazione superfici ambientali, sterilizzazione degli strumenti che, vestizione e teli che sterili, asepsi e tecniche chirurgiche)
- 3. Misure preventive post-operatorie** (cura della ferita che con relativa medicazione sterile, medicazione del sito dei drenaggi ed eventuale rimozione in campo sterile, con sorveglianza del S.S.I post-dimissione in ambulatorio)

CONCLUSIONI

Considerato l'elevato tasso d'incidenza d'infezione della ferita che riscontrato in ambito ospedaliero, appare fortemente raccomandata l'attuazione di misure preventive dettate da linee guide e protocolli e la pratica di sorveglianza post-dimissione, che costituiscono una efficace misura per ridurre l'incidenza d'infezione.

HOW TO: LA TRICOTOMIA E L' INCIDENZA DELLE INFEZIONI DELLE FERITE CHIRURGICHE STUDI A CONFRONTO.

Emanuele Cavalieri

Ospedale M.P. Arezzo, Ragusa

La preparazione preoperatoria viene effettuata anche con la tricotomia della sede designata per la ferita chirurgica. La tricotomia viene effettuata perché la presenza di peli può interferire con l'incisione della cute, con la sutura dell'incisione e con la medicazione stessa. Le infezioni delle ferite chirurgiche colpiscono circa il 10% dei pazienti sottoposti ad intervento, ritardando notevolmente la cicatrizzazione della ferita.

Solitamente sono in uso tre metodi per effettuare la tricotomia:

- a) con rasoio,
- b) con taglia capelli,
- c) con creme depilatorie.

Ci si è posta la domanda se se la tricotomia preoperatoria riduce le infezioni del sito chirurgico rispetto alla non tricotomia.

Studi randomizzati controllati mettono a confronto primariamente la tricotomia nei diversi metodi (rasatura, taglia capelli e creme) versus no tricotomia, secondariamente la tricotomia nei diversi metodi confrontati uno con l'altro e terzo la tricotomia effettuata in tempi diversi prima dell'intervento.

I risultati sono che l'incidenza di infezioni non è diminuita in maniera statisticamente significativa nei soggetti che hanno ricevuto la tricotomia rispetto a quelli che non l'hanno ricevuta, e che la tricotomia eseguita con taglia capelli e/o creme è più sicura e comporta un minore rischio di infezione delle ferite rispetto all'uso delle lamette.

TAVOLA ROTONDA E CONFRONTO CON L' AUDITORIO

L' Infermiere e la responsabilità nel quotidiano (profili penali, civili, amministrativi e deontologici)

Giuseppina Maura Francese*, Angelo Gambera**

* U.O.C. di Cardiologia "Garibaldi-Nesima", Catania

** U.O. della Formazione A.O.U. "Policlinico Vittorio Emanuele" Catania,

Il vecchio mansionario, identificabile nel D.P.R. 225/74, stabiliva solo in apparenza la capacità dell'infermiere di padroneggiare "l'assistenza completa all'infermo" (art.2), ponendo, in realtà, notevoli limiti all'autonomia professionale, considerando come buona parte delle attività infermieristiche si dovessero eseguire dietro prescrizione o sotto controllo del medico. Al tempo stesso, la classificazione tra le "arti ausiliarie delle professioni sanitarie", che etichettava la professione infermieristica, ricalcava in pieno il significato etimologico di una definizione limitativa, emblematica della filosofia medico centrica che permeava un contesto in cui l'infermiere veniva considerato mero esecutore oppure, al limite, valido supporto del medico.

La spinta verso l'alto è stata prodotta, nel tempo, non solo dall'evoluzione scientifica e dal progresso tecnologico, che hanno coinvolto la professione, ma anche dai mutati bisogni e dalle diverse esigenze dell'utenza. All'elevazione ha inoltre contribuito una maggiore consapevolezza acquisita, dalla categoria infermieristica, riguardo l'importanza del suo ruolo nell'ambito del sistema sanitario.

Sebbene non recepita dall'intera categoria, la presa di coscienza, ha dato adito, negli anni '90, ad una vera e propria rivoluzione normativa, causa di un radicale cambiamento nel quadro legislativo di riferimento di quegli anni, indispensabile per rimodellare la professione ed assegnare finalmente all'infermiere un ruolo ambito, contrassegnato da più autonomia e responsabilità.

Ad onor del vero, però all'importante metamorfosi della figura, non corrisponde ancora l'applicazione immediata di strumenti, utili ad imporre una revisione dell'organizzazione assistenziale, che supporti il maggiore impegno e l'incremento dei carichi di lavoro assunti dall'infermiere, gravato dal fardello dell'inscindibile binomio responsabilità-autonomia che ormai lo contraddistingue. La lacuna sopra citata comincia a produrre oggi i suoi effetti nocivi nell'ambito della responsabilità giuridico - professionale, infermieristica, nei suoi aspetti penale, civile ed amministrativo - disciplinare.

Anche la responsabilità del professionista infermiere contempla il diritto penale, in relazione a comportamenti punibili dalla società con sanzioni o pene.

Le caratteristiche afflittive o sanzionatorie del diritto penale sono strettamente correlate ad una condizione di illecito nel corso del quale si distinguono un soggetto attivo o reo, identificabile nel professionista che compie un reato ed il soggetto passivo, solitamente l'assistito, che lo subisce. La condotta, l'evento ed il nesso di causalità, ovvero il rapporto che intercorre tra condotta ed evento, rappresentano gli elementi oggettivi del reato, che è



associato al principio di soggettività, in base al quale per compiere il reato stesso non basta commettere un fatto materiale ma occorre che il fatto stesso gli appartenga materialmente. Anche per l'infermiere, in relazione alla volontà o meno del soggetto, è possibile distinguere condizioni quali: il dolo, la colpa, la negligenza, l'imperizia, l'imprudenza, l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline e la preterintenzione.

Esistono tuttavia fattori esimenti, che devono comunque essere dimostrati e documentati, ovvero cause oggettive che escludono un reato che sebbene commesso, viene considerato dall'ordinamento giuridico non punibile. In relazione alla responsabilità che scaturisce dall'erogazione di prestazioni infermieristiche in emergenza, si può fare riferimento allo stato di necessità sancito dall'art.54 del C.p. in base al quale "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sè o altri dal pericolo grave di un danno alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, ne altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo".

Per la circostanza, affinché sussista uno stato di necessità, legato ad una sorta di "interesse terapeutico", devono concorrere uno stato di pericolo ed una condotta lesiva da parte del soggetto che versa in pericolo. In questo contesto, il pericolo deve essere attuale ed il danno alla persona, "grave". Al di fuori di questi esimenti non esiste copertura ed il reato torna ad essere punibile.

Occorre altresì fare cenno alle circostanze del reato, che incidono sulla sua gravità, comportando una modificazione della pena. in tal senso il reato diventa semplice o circostanziato e le aggravanti e/o le attenuanti possono comportare un inasprimento o un'attenuazione della pena.

Se il diritto penale è un diritto pubblico, che reprime le violazioni attraverso sanzioni punitive, quello civile è un diritto privato, finalizzato alla tutela di interessi privati ed alla reintegrazione dei diritti lesi.

La valutazione del danno ed il suo risarcimento vengono trasformati in termini economici. Il risarcimento del danno viene suddiviso in danno emergente, che consiste nell'effettiva diminuzione patrimoniale e lucro cessante che consiste nel mancato guadagno. Nell'ambito della professione infermieristica, l'inappropriata erogazione di una prestazione può procurare entrambi i tipi di danno: il lucro cessante consiste nell'impossibilità di dimettere il paziente, consentendogli di tornare a lavoro; il danno emergente determinerà per il paziente la necessità di ricorrere a costose cure. i due tipi di danno possono presentarsi entrambi o alternativamente.

Oltre al cosiddetto danno patrimoniale che incide sulla capacità del danneggiato di produrre reddito, si fa anche riferimento al danno che non incide sulla capacità di produrre reddito, ovvero il danno biologico, o danno alla salute, procurato sulla persona e sulla sua salute e patrimonializzato dalla giurisprudenza in termini economici, pur non incidendo sulla capacità di produrre reddito.

Secondo il diritto civile, il danno che non risulta con precisione nel suo ammontare, viene valutato con equità dal giudice.

Se un gruppo di infermieri causano in concorso un illecito che danneggia l'assistito,

ciascuno di loro risponderà in maniera solidale con gli altri.

Peraltro, in base all'art. 2048 del C.c., l'infermiere risponde in sede penale e civile anche dei danni procurati dallo studente che cagiona nocumento al paziente durante lo svolgimento del tirocinio. Si tratta, in sostanza, di una forma di responsabilità per "culpa in vigilando" e di una presunzione di responsabilità, per la quale esiste però una prova liberatoria.

La responsabilità amministrativa - disciplinare caratterizza lo status del professionista dipendente. In relazione al contratto collettivo del comparto della sanità pubblica, è il datore di lavoro il titolare del potere sanzionatorio - disciplinare, esercitabile nei limiti riconosciuti dalla normativa contrattuale e basati sui criteri di tassatività e proporzionalità.

Il sistema sanzionatorio e quello che porta al procedimento disciplinare, uniformano oggi quasi del tutto il rapporto lavorativo in aziende o in enti pubblici e quello con aziende private. Il contratto di lavoro del comparto di sanità pubblica, delinea, in particolare una serie di doveri del dipendente tra i quali è possibile annoverare il dovere di aggiornamento dell'infermiere attraverso la formazione continua.

L'inadempienza da parte dell'infermiere di questo obbligo, dovrebbe teoricamente implicare una sanzione o una forma di penalizzazione da parte dell'Ordine professionale IPASVI.

Altre considerazioni scaturiscono dal fatto che la maggior parte delle azioni legali intraprese oggi contro gli infermieri scaturiscono dalle dichiarazioni dei legali rappresentanti dei pazienti, che rilevano il comportamento lacunoso del professionista, evidenziando il mancato rispetto degli standards assistenziali, con conseguenti danni a carico dello stesso utente.

La letteratura di riferimento sottolinea la necessità di curare l'interesse primario della sicurezza del paziente, aderendo ai principi specifici che possono tutelare l'infermiere dal punto di vista giuridico.

Sotto questo aspetto, è opportuno monitorare e registrare sempre l'evoluzione ed i cambiamenti del paziente, attraverso una documentazione appropriata degli atti assistenziali erogati, all'interno di una cartella infermieristica o una cartella integrata.

Soprattutto in ambiti particolari, come quelli afferenti al D.E.A., bisogna comunque focalizzare l'attenzione sulla necessità di adottare uno strumento documentale, che, oltre a consentire l'annotazione dell'attività assistenziale in maniera tempestiva ed accurata, rilevi, attraverso l'appropriatezza nella compilazione, il livello di autonomia e responsabilità, confermando altresì, l'evoluzione socio - culturale della categoria infermieristica.

Anche il contenuto del vigente codice deontologico infermieristico del 2009, identifica ed esprime nei suoi contenuti il senso di maturità sviluppato nel tempo all'interno della professione.

Oggi come viene sottolineato dal C.D. si può sostenere ragionevolmente che, la maggior responsabilità corrisponde all'evoluzione dell'assistenza, favorendo al tempo stesso l'affermazione di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e del nursing come disciplina autonoma, incrementando nell'infermiere, la capacità di ragionamento



diagnostico, necessaria all'identificazione dei problemi dell'utenza, alla formulazione delle ipotesi di Problem Solving ed all'evoluzione ulteriore di una figura caratterizzata sempre da una natura Tecnica - Educativa - Relazionale, integrata da una competenza di tipo Intellettuale - Scientifico - Gestionale. Anche per l'infermiere il concetto di Deontologia legata alla professione cambia profondamente, trasformandosi da "discorso dei doveri", inteso in senso letterale, a "discorso della responsabilità", all'interno del quale predomina una forma di Deontologia della Responsabilità, fondata sulla scelta consapevole e sull'impegno costante nell'interesse, non solo strettamente di salute, nei confronti dell'assistito. Altresì il C.D. 2009, propone oggi un'alleanza peculiare con l'assistito in un contesto in cui la scelta politica in ambito sanitario deve prendere in considerazione il contenimento dei costi.

La Deontologia propone l'impegno comune con l'utente per la ricerca della promozione e la tutela della salute, proponendo l'umanizzazione e la personalizzazione assistenziale e salvaguardando contemporaneamente l'appropriatezza delle cure e dell'assistenza nel rispetto dell'appropriato uso delle risorse.

CATETERISMO DESTRO: MATERIALE E METODO DI APPLICAZIONE

Salvatore Marletta

Centro Cuore Morgagni, Pedara, (CT)

Il catetere di Swan-Ganz, è un sistema di monitoraggio invasivo utilizzato in anestesia e soprattutto in terapia intensiva, che consente di valutare in continuo le variazioni della funzionalità delle camere cardiache destre. E' il frutto del lavoro svolto separatamente, ed in tempi diversi, dai dottori H.I.C. Swan e William Ganz, nei decenni tra il 1960 ed il 1970.

Il Dott. Swan, cardiologo, ideò un catetere fornito di palloncino all'estremità distale che, fungendo da vela, consentisse al flusso di sangue venoso di spingerlo attraverso le camere destre del cuore fino all'interno dell'arteria polmonare.

Nello stesso periodo, il Dr. William Ganz stava lavorando su apparati per la determinazione della gittata cardiaca con il metodo "termo-diluizione", utilizzando quindi un termistore.

Questa ricerca fu quindi incorporata a quella del catetere polmonare sviluppata dal Dott. Swan, e così nacque il cateterismo di Swan-Ganz dell'arteria polmonare.

Il grande numero di dati ottenibili da esso devono però essere correttamente interpretati e contestualizzati al singolo paziente anche avvalendosi della farmacologia.

INDICAZIONI AL CATETERISMO DI SWAN-GANZ:

- ◆ Trauma toracico
- ◆ Shock settico
- ◆ ARDS
- ◆ Chirurgia cardiaca
- ◆ Ipertensione polmonare
- ◆ Chirurgia ad alto rischio
- ◆ CHF (scompenso cardiaco)
- ◆ Ventilazione meccanica in pazienti con Peep
- ◆ Ottimizzazione pre-chirurgica.

CONTROINDICAZIONI:

Più generalmente, le controindicazioni sono riconducibili alla permanenza del catetere, e comunque dipendenti dalla storia clinica del paziente (ipertensione polmonare ed età avanzata) nonché dalle tecniche di inserzione utilizzate (sterilità) e possibili turbe del ritmo in fase di avanzamento del catetere.



METODI:

Il catetere viene inserito con tecnica sterile in una vena centrale (es. giugulare interna destra, succlavia) e fatto avanzare dall'atrio destro al ventricolo destro e in seguito, dopo insufflazione di un palloncino, fatto proseguire fino all'incuneamento in arteria polmonare. Questo catetere è un prodotto in pvc, materiale duttile che alla temperatura corporea diviene molto malleabile. E' disponibile in misure che variano da 60 a 110 cm di lunghezza e da 4,0 a 8,0 ch di calibro. Il diametro del palloncino varia da 8 a 13 mm con volumi di insufflazione da 0,5 a 1,5 ml.

MATERIALE:

Si utilizzano due kit così composti:

KIT N.1

- ◆ Un introduttore radiopaco in poliuretano Intro-Flex 8,5F con valvola removibile via laterale
- ◆ Un dilatatore di vasi
- ◆ Un filo guida lungo 45cm, del diametro di 0,80 mm con punta dritta ed a "J" e dispositivo di inserimento
- ◆ Un ago da 22 G x 1"
- ◆ Un ago-cannula da 18 G x 2" su un ago da 20 G
- ◆ Un ago a parete sottile da 18 G x 6,35 cm
- ◆ Una siringa da 5 ml
- ◆ Quattro compresse di garza da 10,16 x 10,16 cm
- ◆ Una guaina anticontaminazione del catetere da 80 cm
- ◆ Un bisturi monouso, lama n. 11

KIT N.2

- ◆ Catetere per termo diluizione "CCombo V (CCO/SvO2/CEDV
- ◆ Siringa di inflating/deflating
- ◆ Catetere provvisto di termistore e cavi di connessione del termistore (rosso) al monitor Vigilance.

In aggiunta ai predetti Kit:

- ◆ Camici sterili, guanti sterili, mascherine, teli sterili a bordo adesivo, garze sterili, filo di sutura, nonché kit di riserva nel caso di contaminazione dei precedenti.

Seguirà il controllo radiografico post-procedura.

CATETERISMO DESTRO: COME INTERPRETARE I DATI

Francesca Cerruto

Centro Cuore Morgagni, Pedara, (CT)

Il cateterismo polmonare con catetere di Swan-Ganz consente di valutare in continuo le variazioni della funzione delle camere cardiache destre misurandone le pressioni, gli indici di funzione e le resistenze all'efflusso, e di misurare con accuratezza l'ossimetria venosa mista.

Tramite il lume che ospita il termistore, sensibile ai cambiamenti di temperatura, grazie all'elaborazione matematica della curva di termo diluizione, il catetere a tecnologia avanzata automatizza la misurazione della portata cardiaca (COO) in continuo a seguito dell'iniezione rapida attraverso il lume prossimale del catetere di una quantità nota di liquido a temperatura inferiore a quella del sangue.

La ricerca ha sviluppato sistemi di monitor dedicati che attraverso particolari algoritmi e grazie ai cateteri a fibre ottiche monitorizzano in continuo la saturazione in ossigeno del sangue venoso misto (SVO₂); la presenza di termistori a frequenza di risposta rapidissima (nell'ordine di 50 ms) ha reso possibile derivare la frazione d'eiezione (FE) del ventricolo destro, i volumi telediastolico (RVEDV - right ventriculum end diastolic volume) e telesistolico (RVESV - right ventriculum end systolic volume) e lo "stroke volume" (SV) del ventricolo destro.

Attraverso i tanti dati forniti, il catetere polmonare offre profili e aspetti specifici della prestazione cardiovascolare e quindi poter riconoscere precocemente i segni di criticità clinica, permettendo una rapida possibilità di correzione terapeutica.

ASSISTENZA AL PAZIENTE SOTTOPOSTO A INTERVENTO CORONARICO: APPROCCIO RADIALE

Vincenzo Gulli

Emodinamica ASP n.1 di Agrigento, Ospedale di Sciacca (AG)

L'accesso radiale ha impiegato circa dieci anni per essere accettato dalla comunità internazionale e a tutt'oggi non raggiunge il 20% del numero complessivo delle procedure di cateterismo. Alla base della fatica con cui questa metodica si sta inserendo nel mondo degli operatori di emodinamica ci sono: la curva di apprendimento, sicuramente più lunga rispetto al tradizionale approccio femorale; la necessità di utilizzare cateteri guida più piccoli e la particolare manualità da sviluppare sui cateteri. Tre fattori che probabilmente non vengono considerati come "tecnicamente stimolanti", bensì percepiti come una perdita di tempo e di energie.

PRO

Numerosi studi effettuati hanno dimostrato come l'accesso radiale consenta una elevata percentuale di successo della procedura (>90%) in pazienti opportunamente selezionati. Molto basse le tradizionali complicanze vascolari (ematoma, pseudoaneurisma e fistole), e vicine allo 0% le complicanze emorragiche maggiori, mai segnalate in letteratura. Le esperienze cliniche effettuate hanno inoltre dimostrato come la più rapida mobilitazione del paziente dopo la procedura sia estremamente apprezzata dal paziente stesso, ma apra anche la possibilità a strategie di dimissione precoce, con un conseguente potenziale beneficio in termini di costi sanitari.

CONTRO

Fattibilità (spasmo, loop etc), limiti d'utilizzo dei devices, durata procedure, learning curve.

Nel nostro laboratorio si è registrato un incremento percentuale di questa metodica; per quanto riguarda alle procedure diagnostiche si è passati dal 20% del 2008 al 60% del 2010, mentre per le angioplastiche dal 5% al 40%.

CONCLUSIONI

Durante la selezione dei pazienti e le procedure stesse di cateterismo ed angioplastica, il lavoro di equipe si è dimostrato quanto mai valido e necessario ed ha portato, nel nostro laboratorio, ad una crescita professionale e tecnica che ha ottimizzato l'approccio radiale, anche lì dove mostrava lacune.

ASSISTENZA AL PAZIENTE SOTTOPOSTO A INTERVENTO CORONARICO: APPROCCIO FEMORALE

Antonio Mammone

*U.O.C. di Cardiologia - U.O.S. di Emodinamica ed Interventistica
Cardiovascolare P.O. "Umberto I" A.S.P. Siracusa*

Il cateterismo cardiaco per via transfemorale per le procedure mini-invasive cardiovascolari, eseguito con la tecnica di Seldinger, è ancora oggi la procedura maggiormente utilizzata; gli altri accessi vascolari utilizzati sono: arteria brachiale; arteria radiale.

L'accesso femorale viene utilizzato principalmente perché è di più facile reperimento, anche in condizioni cliniche critiche (shock, procedure in urgenza), consente il posizionamento di introduttori di grosso calibro (da 7 french a 12 french e oltre), rari spasmi, permette con maggiore facilità la cannulazione selettiva delle coronarie, nonché trattamenti percutanei delle arterie dei tronchi sopraortici (T.S.A.).

L'applicazione del pallone per contro-pulsazione aortica (IABP) avviene solo per la via femorale.

Inoltre, è l'accesso arterioso utilizzato per i più recenti trattamenti percutanei sulle valvole cardiache (18 French).

Al paziente, giunto in sala di emodinamica, si effettueranno i seguenti controlli:

- firma del consenso informato;
- esami emato-chimici;
- accesso vena periferica funzionante;
- avvenuta rimozione protesi dentarie ed eventuali monili (collanine, braccialetti, ecc.);
- chiedere eventuali allergie a farmaci o al mezzo di contrasto;
- paziente digiuno da almeno otto ore;
- verifica tricotomia della zona inguinale (bilaterale);

In seguito il paziente viene posto sul lettino angiografico e si provvede al monitoraggio dei parametri vitali.

L'infermiere operatore effettuerà la disinfezione (Iodoten) della zona di accesso; quindi il paziente viene coperto con un telo sterile che ha delle aperture corrispondenti alle zone inguinali.

L'emodinamista, dopo aver rilevato la pulsazione dell'arteria femorale, esegue l'anestesia locale con mepivacaina 1%.

¹ Misura internazionale usata per cateteri, introduttori e altri strumenti medicali (1f= Ø 1/3 mm). Es: 6f = Ø 2mm; 9f= Ø3mm. Gli introduttori, in base alla misura (french) possono essere individuabili anche per il colore: 4f (rosso); 5f (grigio); 6f (verde); 7f (arancione); 8f (blu).

Successivamente, si incannula la femorale, posizionando un introduttore (generalmente 6 french), mediante il quale si introducono i vari device per eseguire l'esame diagnostico ed eventualmente la PTCA con applicazione di stent, se necessario.

Al termine della procedura si provvede alla rimozione dell'introduttore femorale.

L'emostasi dell'arteria femorale può essere effettuata:

1. con compressiva manuale e si provvederà all'effettuazione di bendaggio compressivo;
2. con l'applicazione di device per la chiusura della breccia femorale.

Oggi si usano differenti metodiche di emostasi; alcune sono applicate con uso di "device" a base di collagene (AngiosealTM, VasosealTM) o "device" con sutura esterna (PercloseTM). Altri dispositivi usati sono quelli meccanici (CompressarTM o C-ClampTM) o pneumatici (Femostop II).

L'introduttore, nel nostro centro, viene rimosso in sala di emodinamica, subito dopo l'esecuzione della procedura.

Qualora l'emostasi viene eseguita con compressiva manuale (compressione del punto dove si è effettuata la puntura femorale, 15-20 min. e in assenza di sanguinamento, si effettuerà un bendaggio compressivo con benda elastica che verrà rimossa dopo 12 ore) la sorveglianza post-cateterismo verrà effettuata in reparto.

Per la rimozione manuale dell'introduttore il valore **T.C.A.** (Activity Clotting Time) deve risultare \leq 150sec.

Protocollo di sorveglianza post-cateterismo (AHA Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention, Journal of the American College of Cardiology, june 25, 2001 pagg. 2215-2238):

- a) controllo parametri vitali e polsi periferici ogni 15' per 1 ora , ogni 30'm per 1 ora, ogni ora per 4 ore;
- b) controllo della zona del cateterismo per evidenziare sanguinamento, formazione di ematoma, gonfiore;
- c) controllo emocromo, troponina, ecg;

Comunicare al medico:

1. decremento dei polsi periferici,
2. presenza di ematoma o aumento di quello esistente,
3. dolore nella sede d'inserimento dell'introduttore o dell'arto interessato,
4. insorgenza di dolore precordiale o dispnea.

Il paziente deve stare a letto per almeno 6 ore, la testata del letto può essere sollevata di 30, applicare compressione sul sito di inserzione, istruire il paziente a non flettere o iperestendere la gamba per almeno 12 ore.

Se l'emostasi si effettua con l'applicazione di device si può mobilizzare precocemente il paziente.



Il dispositivo utilizzato presso il nostro centro è l'angio-seal plus, che viene applicato dagli infermieri di sala di emodinamica. L'angio - seal plus è meno fastidioso della compressiva manuale e la mobilitazione avviene dopo 5 ore di immobilità a letto.

Complicanze:

- ❖ Per puntura iniziale o rimozione dell'introduttore:
 - a) Ematoma inguinale (a livello della sede della puntura);
 - b) Pseudo aneurisma;
 - c) Ischemia arteriosa;
 - d) Fistola artero - venosa;
 - e) Ematoma retro peritoneale.

Si evidenziano i principali segni e sintomi, di:

- ❖ EMATOMA - classificazione secondo il diametro:
 - a) LIEVE: fino a 3 centimetri;
 - b) MODERATO: da 3 a 5 centimetri;
 - c) SEVERO: oltre i 5 centimetri.
- ❖ EMATOMA RETROPERITONEALE: (complicanza locale grave)
 - a) Dolore lombare;
 - b) Dolore addominale;
 - c) Sudorazione profusa;
 - d) Ipotensione o bradicardia;
 - e) Non segni visibili di ematoma.

CRISI VAGALE:

- a) Abbassamento della pressione arteriosa fino allo svenimento (lipotimia);
- b) Diminuzione della frequenza cardiaca;
- c) Nausea e talora conati di vomito.

Si verifica specialmente durante la compressiva manuale che determina dolore per applicazione di molta forza sull'inguine, dal diametro dell'introduttore (grosso calibro) e al particolare stato emotivo del paziente. Risulta efficace l'infiltrazione di Lidocaina 1%-2% peri-introduttore per ridurre il dolore durante l'estrazione e la compressione, diminuendo così la probabilità di una reazione vasovagale.

Le complicanze più frequenti si possono verificare nelle procedure che si eseguono su :

- ❖ pazienti vasculopatici, (I pazienti con malattia vascolare periferica estesa possono presentare vasi fragili che non solo sono di difficile accesso, ma sono anche a rischio di embolizzazione distale a causa della calcificazione);
- ❖ obesi, (l'arteria si può presentare profonda e l'accesso diventa difficoltoso);
- ❖ ipertesi, (I pazienti con ipertensione sono a rischio di sviluppare complicanze emorragiche durante la rimozione dell'introduttore);



- ❖ di sesso femminile;
- ❖ soggetti magri (l'arteria femorale risulta poco profonda e viene a mancare il supporto del tessuto adiposo e sono a rischio di sviluppare complicanze emorragiche durante la rimozione dell'introduttore);
- ❖ procedure multiple (difficoltà per l'operatore di penetrare lo strato sottocutaneo a causa di tessuto cicatriziale e alla possibilità che si pieghi l'introduttore);
- ❖ Tortuosa arteria iliaca. (Richiede particolare attenzione nell'inserimento dell'introduttore per evitare di lacerare arteria. Si utilizzano in questo caso, introduttori più lunghi (23- 45 cm) per bypassare la tortuosità e facilitare di inserimento di cateteri angiografici).

La gestione delle potenziali complicanze è divenuta più impegnativa per l'utilizzo di terapia anticoagulante (eparina) e per l'uso crescente di antiaggreganti quali gli inibitori delle glicoproteine IIb / IIIa.

LETTURA: **FORMAZIONE PERMANENTE**

Sabrina Egman

IsMeTT - Palermo

INTRODUZIONE:

La formazione in Sanità, e' orientata dai problemi prioritari legati alla salute oltre che dalla necessità di stabilire standard di qualità, dei servizi e delle competenze professionali. La formazione tende a proporsi non più solo come strumento per ma come atteggiamento di base, modo di essere verso il lavoro, verso le sfide, verso i cambiamenti, come sistema organizzato per produrre, accumulare e diffondere conoscenza. Lo sviluppo di un sistema organizzato, richiede tuttavia il massimo impegno per sviluppare integrazione e sinergia tra sistema scolastico, università, fonti del know how e imprese, per incentivare e valorizzare la circolarità delle informazioni e la loro fruibilità.

OBIETTIVI:

Comuni all'educazione, trasversale, permanente degli adulti è l'intenzionalità educativa orientata su tre obiettivi: la crescita e lo sviluppo dei soggetti, nel senso della loro autonomia nel comprendere, valutare e scegliere la propria vita come cittadini, lavoratori e detentori di ruoli sociali; lo sviluppo della società, sotto il profilo culturale, economico e politico, tenuto conto della sua complessità e dell'accelerato ritmo di cambiamento; lo sviluppo degli aggregati sociali nei quali avviene - a diversi livelli - l'incontro tra le potenzialità e le scelte individuali e le scelte collettive. Nello specifico ambito sanitario inoltre è possibile individuare altre finalità, come: lo sviluppare, aggiornare, le conoscenze, le competenze, gli atteggiamenti professionali del personale, il valorizzare le potenzialità umane disponibili, il sostenere e facilitare lo sviluppo professionale, di responsabilità, di carriera, ma anche il facilitare l'inserimento nell'organizzazione, nei gruppi di lavoro, e nei ruoli, il sostenere e rafforzare i processi di cambiamento e sviluppo organizzativo ed il favorire e sostenere la comunicazione, lo scambio di esperienze, l'informazione

MATERIALE E METODI:

Negli ultimi vent'anni, si sono messi a fuoco i tratti distintivi di una disciplina ancora poco diffusa, ma che costituisce il necessario punto di partenza per lo sviluppo di una nuova efficacia della formazione. L'andragogia infatti, pone problemi le cui soluzioni sono molto diverse da quelle che si danno alla formazione dei bambini. Tra i fattori di specificità della persona che apprende, quelli particolari derivanti dall'età adulta, debbono costantemente essere rammentati: gli adulti, infatti, sentono l'esigenza di sapere ed hanno



un concetto di se come persone responsabili delle loro decisioni; se pensano che altri stiano cercando di imporre loro la propria volontà, la respingono; nel momento in cui si trovano ad affrontare un'attività etichettata "formazione", sono disponibili ad apprendere ciò che hanno bisogno di sapere e saper fare per far fronte alle situazioni della loro vita reale, personale e professionale.

CONCLUSIONI:

L'incertezza, insieme alla crescente complessità del momento storico che stiamo attraversando, ci fanno perdere di vista le tracce "del nostro futuro", tuttavia la rotta è tracciata dalla formazione, e dalla diffusione delle conoscenze, con modelli di apprendimento adeguati agli adulti, in contesti specifici, insieme ai diversi approcci verso i discenti e all'evoluzione della figura classica del formatore, verso la figura di gestore di processi formativi. La formazione è diventata infatti, una leva organizzativa volta ad adeguare i comportamenti e le capacità delle persone alle esigenze dell'organizzazione di appartenenza, attraverso attività di apprendimento in aula e fuori aula.

RELAZIONE DEI LAVORI DELLA COMMISSIONE PER LA REALIZZAZIONE DI UNA CARTELLA CLINICA SPECIFICA

Maria Rita Salpietro*, **Benedetta Arena****,
Monalisa Gaziano***, **Sabrina Egman****** e **Marcello Pezzino*******

* *Garibaldi-Nesima, Catania*

** *A.O. Papardo, Messina*

*** *A.O. Villa Sofia, Palermo*

**** *IsMeTT, Palermo*

***** *A.O.U. Vittorio Emanuele Ferrarotto San Bambino, Catania*

INTRODUZIONE:

Costruire una cartella clinica multidisciplinare e multiprofessionale specificatamente dedicata al paziente cardiologico, che rispetti gli elevati standard propri della documentazione clinica, e che sia funzionale per l'attività clinica quotidiana.

OBIETTIVI:

La documentazione clinica da produrre, oltre ai requisiti previsti dalla normativa, vorrà essere:

- Base informativa del decision making e per la continuità assistenziale: tracciabilità delle decisioni e delle azioni svolte
- Deontologicamente adeguata, ed ispirata alle Linee Guida in merito
- Agevole per lo svolgimento degli Audit di valutazione dell'appropriatezza e per tutte le attività proprie del Risk management
- Dovrà tener conto delle esigenze specifiche previste per l'accreditamento e la certificazione
- Facilitante l'attività di Ricerca
- Cartella > SDO > DRG > Fatturato
- Customer satisfaction
- Marketing

MATERIALE E METODI:

E' stata condotta una ricerca bibliografica dettagliata in merito, che oltre a produrre risultati bibliografici, ci ha consentito di conoscere i modelli maggiormente in uso, e quindi di individuare la parti costituenti fondamentali:

- Accertamento iniziale (multiprofessionale Valutazione soggettiva e oggettiva con identificazione delle priorità)
- Piano di cura (standardizzati e/o personalizzati a breve e medio termine)
- Attuazione
- Prescrizioni (terapeutiche, diagnostiche ecc)



- Consulenze multidisciplinari e referti diagnostici e terapeutici
- Accertamento continuo (parametri vitali e continuità assistenziale)
- Valutazione
- Pianificazione di dimissione

CONCLUSIONI:

Il lavoro sino ad oggi svolto ci consente di stabilire la necessità di allargare i lavori della commissione ad un ambito multi professionale, coinvolgendo quindi almeno un rappresentante medico nei lavori di sviluppo della documentazione.

Inoltre siamo concordi nell'affermare che più che lo sviluppo di un "prototipo" di cartella clinica ideale, l'obiettivo della commissione sarà quello di stilare delle raccomandazioni generali a cui ogni realtà operativa può appoggiarsi per la costruzione di un modello ad DOC per le esigenze della popolazione seguita.

Confidiamo nel concetto che fornendo indicatori di qualità a cui riferirsi, più che un modello preconfezionato, possa servire come opportunità di confronto costante.

CONFRONTO TRA CARTELLA INFERMIERISTICA E CARTELLA CLINICA

Marcello Pezzino

A.O.U. Vittorio Emanuele Ferrarotto S. Bambino di Catania

La cartella infermieristica rientra tra gli atti e i documenti che il professionista, consapevole dei livelli di autonomia e di responsabilità acquisiti, compila nell'esercizio delle sue funzioni. Per la letteratura internazionale, l'accertamento infermieristico, che raccoglie i dati relativi ai segni ed ai sintomi del paziente, rappresenta una fase saliente della processo di Nursing e l'errore commesso nella compilazione della documentazione infermieristica, può dare adito a gravi conseguenze per lo sviluppo positivo della pianificazione assistenziale, cagionando nocimento all'utenza. Per i motivi sopra citati, attraverso lo studio condotto, presso l'Azienda Universitaria Ospedaliera Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino di Catania, sono stati rilevati l'appropriatezza ed i difetti che potrebbero configurare il reato, nella compilazione della cartella infermieristica. L'osservazione di un campione di 166 cartelle infermieristiche, compilate nell'ambito di due U.O. afferenti al D.E.A. del P.O. Vittorio Emanuele, lungo il trimestre Ottobre - Dicembre 2008, basata anche sul confronto con le rispettive cartelle cliniche, ha consentito il riscontro dell'appropriata compilazione dello strumento documentale, rispetto ai principi di veridicità, completezza, correttezza formale e chiarezza nella grafia. L'analisi del campione, ha rilevato soprattutto una certa trascuratezza dei compilatori riguardo la rintracciabilità dell'infermiere che somministra la terapia, constatando, in diverse circostanze, l'assenza della firma dell'operatore. Inoltre, sono stati analizzati aspetti che, potrebbero configurare il reato, relativamente alla leggibilità della firme ed al riscontro o meno di correzioni cerchiare e firmate. Considerando il valore giuridico probatorio della documentazione infermieristica, è stata anche osservata e valutata la presenza di errori in relazione all'errata trascrizione della denominazione del farmaco, alla trascrizione di farmaci differente dalla prescrizione medica, alla rilevazione di farmaci prescritti ma non trascritti dall'infermiere, alla presenza di farmaci non prescritti dal medico ma trascritti in cartella infermieristica, alla diversa modalità di somministrazione del farmaco rispetto alla prescrizione ed infine alla rilevazione di posologie errate. E' stata particolarmente indicativa, per valutare l'importanza dello strumento documentale per la professione, l'osservazione della completezza dei dati anagrafici e della corrispondenza del numero di posto letto dell'utente, attraverso il confronto tra Cartella Clinica ed infermieristica. Infine attraverso l'accuratezza nella trascrizione della terapia e la corrispondenza tra cartella clinica ed infermieristica, in relazione alla denominazione commerciale collegata al principio attivo, al dosaggio, alla forma farmaceutica, alla posologia, alla modalità di somministrazione, all'orario di somministrazione, alla segnalazione di inizio e di fine trattamento, alla chiarezza ed alla leggibilità del farmaco trascritto.

LA CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA IN CARDIOLOGIA: CONSIDERAZIONI GENERALI E MODELLO APPLICATO ALL'OSPEDALE PAPARDO DI MESSINA

G. Gemelli, L. Cutugno G. Antonini, E. Arcidiacono, Ardiri, B. Arena, F. Barbaro, G. Billè, Ang. Boemi, Ant. Boemi, G. Bonanno, S. Camarda, M. Cangemi, S. Cavallaro, M. Ciccolo, F. Cisca, G. Costanzo, G. Di Pietro, A. Gatto, C. Genovese, C. Giordano, C. Lamperti, M. Lo Castro, G. Mancuso, M. Marchese, G. Mazzullo, C. Pannuccio, M. Sigari, R. Sorrenti, L. Ventura

A.O. Papardo, Messina

CHE VANTAGGI OFFRE UNA CARTELLA INFERMIERISTICA?

- Il miglioramento dell'accessibilità all'informazioni contenute nella cartella clinica;
- La riduzione del rischio clinico
- Il miglioramento della visualizzazione delle informazioni cliniche sempre aggiornate
- L'eliminazione della doppia registrazione dei dati con conseguente riduzione del tempo impegnato nella digitazione dei dati.
- La garanzia di un elevato livello di privacy del paziente
- Una maggiore trasparenza degli atti medici ed infermieristici consentendo anche un migliore accesso ai dati
- La diminuzione del tempo impiegato nel realizzare copie della cartella

Inoltre

L'introduzione della cartella infermieristica informatizzata determina un miglioramento nella gestione delle informazioni in termini di velocità, chiarezza ed accessibilità.

La cartella clinica raccoglie oltre al diario clinico tutti i referti delle indagini di laboratorio e strumentali relativi al ricovero. I dati presenti in una cartella clinica informatizzata, opportunamente rielaborati, possono costituire anche una fonte di dati storici utili alle elaborazioni statistiche sia aziendali che del S.S.N.

Dal luglio 2009 nella U.O. di Cardiologia dell'Ospedale Papardo di Messina è stata introdotta la cartella infermieristica informatizzata. Nell'esperienza maturata ci si è resi conto che i vantaggi generali appena enunciati sono reali. Il nostro sistema permette la registrazione di tutti i parametri vitali del paziente. Una parte della cartella clinica informatizzata è dedicata al diario infermieristico; in questo modo, con password personali, l'assistenza infermieristica è opportunamente documentabile e tracciabile, facendo sì che si possa consultare in qualsiasi momento tutto l'iter assistenziale medico-infermiere.

Chiaramente la gestione di un'adeguata cartella infermieristica comporta un impegno orario non indifferente. D'altra parte la cartella infermieristica informatizzata non deve certamente essere vista come un mezzo per "risparmiare tempo" bensì come un mezzo per migliorare la sicurezza, la tracciabilità e la qualità del lavoro potendo poi disporre di un'importante banca dati.

IL MONITORAGGIO EMODINAMICO: QUALI COMPETENZE E QUANTE RESPONSABILITÀ PER L'INFERMIERE IN UTIC!

Vincenza Maria Sollena; Sabrina Egman

IsMeTT, Palermo

INTRODUZIONE:

Il monitoraggio emodinamico si è diffuso sempre più nella pratica assistenziale, divenendo sempre più approfondito, complesso ed invasivo, coinvolgendo gli infermieri di tutte le unità operative. In area cardiologica, tuttavia le competenze necessarie al team assistenziale per l'attuazione di un monitoraggio emodinamico, funzionale ed appropriato alle esigenze dei pazienti e alle loro criticità sono indubbiamente approfondite.

Quindi nel bagaglio delle conoscenze di base infermieristiche di quest'area deve esserci un adeguato livello di approfondimento delle specificità emodinamiche riscontrabili.

OBIETTIVO:

Le competenze infermieristiche di base, post formazione, debbono essere mantenute e perfezionate, soprattutto in considerazione delle specifiche esigenze del professionista e dell'unità operativa nella quale si andrà a lavorare. La valutazione delle competenze è un processo indispensabile, oltre che per garantire un livello qualitativo assistenziale elevato, per fornire momenti di aggiornamento professionale specifico per area.

METODO:

Annualmente vengono individuati all'interno di ciascuna unità operativa competenze infermieristiche da approfondire, individuando 3 livelli di raggiungimento: base, medio e avanzato. Vengono poi organizzati momenti di formazione collegiale o in FAD, a cui faranno seguito test di verifica dell'apprendimento.

CONCLUSIONE:

Il team infermieristico riconoscendo l'importanza delle competenze testate nella pratica professionale quotidiana, e il valore di aggiornamento e confronto che lo sviluppo del progetto ha garantito, non solo si è approcciato in modo costruttivo ed efficace, ma nel 90% ha raggiunto un livello avanzato.



