

ATTI DEL CONVEGNO

*L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA
DI QUALITÀ NELLE STRUTTURE
SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE*

Relatori:
Francesco Falli
Gianluca Ottomanelli
Fabrizio Tallarita

Il valore del protocollo nelle strutture sanitarie extraospedaliere: aspetti giuridici ed assistenziali

Francesco Falli

Infermiere coordinatore di dipartimento
Professore corso di Laurea per Infermieri, Università di Genova
Presidente Collegio Infermieri/Ipasvi della Spezia

Premessa

Perché parlare di protocollo infermieristico e perché farlo nell'ambito di una struttura sanitaria extraospedaliera?

L'importanza dell'utilizzo dei protocolli è maggiore in situazioni particolari, situazioni che possono riconoscere una valenza specifica nella natura delle prestazioni assistenziali erogate, oppure nella situazione logistica e architettonica di una struttura.

E' il caso dell'argomento che questa relazione affronta: la struttura sanitaria NON ospedaliera e le problematiche assistenziali correlate; quantomeno alcune di esse.

Già definire una struttura sanitaria 'extraospedaliera' presuppone una condizione di lavoro e impiego che evidentemente non può appoggiarsi a servizi che, tradizionali per un nosocomio, non sempre sono presenti in tutte le realtà dell'ambito NON ospedaliero.

Per questo motivo è ancora più importante agire per protocolli, utilizzando linee guida, cercando cioè di ottimizzare le prestazioni assistenziali soprattutto per qualità, e se possibile gestendo al meglio le risorse tecnologiche a disposizione e le capacità professionali, personali, collettive del gruppo assistenziale.

Molto spesso infine, anche se questo aspetto esula completamente dalle intenzioni dei progettisti di questo evento e dai relatori delle singole parti che lo compongono, sono proprio le strutture extraospedaliere - e in particolare quelle non inserite nelle reti ASL - a doversi dotare di requisiti rispondenti a vincoli normativi che garantiscono la qualità delle prestazioni, certificandone le qualità di base.

L'importanza del protocollo assistenziale

I modelli di comportamento, nella professione infermieristica, sono molteplici e sono spesso ricavati da una grande quantità di riferimenti.

La creazione di un protocollo, di una linea guida soddisfa forse esigenze di forma ma non di cultura, diffuse e trasversale nel mondo della professione infermieristica italiana.

Molto importante, nelle realtà assistenziali sanitarie extraospedaliere andare a dimostrare di avere erogato buona assistenza; molto importante in queste strutture dimostrare di avere ben recepito le problematiche, croniche ed urgenti, dell'assistito e di avere reagito con il miglior livello d'intervento possibile: una necessità legata anche alla non costante presenza H24 del sanitario medico nelle strutture.

Sicuramente utile ricordare la definizione stessa di protocollo, talora confuso con linee guida e con procedure.

Certo di fare cosa utile, l'autore ricorda le tre descrizioni come da letteratura attuale.

Protocollo: si tratta di un **documento**, normalmente scritto o comunque su base consultabile (va benissimo anche quando è contenuto all'interno di uno strumento come un computer, accessibile a tutto lo staff); questo documento deve trasformare in risultato la base di una conoscenza comune su una particolare problematica.

Devono essere individuati, all'interno del protocollo, sia **gli obiettivi dell'assistenza descritta**, sia **le risorse che vengono utilizzate** (umane e tecnologiche), sia **le procedure assistenziali erogate**.

Fondamentale, per il suo completamento, indicare ancora i **riferimenti di natura scientifica** che sono stati utilizzati nella compilazione, gli **indicatori di verifica** per valutarne l'effetto nel tempo, e quali sono gli **standard di risultato attesi**.

Poiché il protocollo è qualcosa di dinamico, ha la caratteristica non trattabile di **essere sottoposto a periodica discussione**: anche perché il primo obiettivo del protocollo è effettivamente lo stimolo della discussione per ricercare nuovi comportamenti assistenziali.

Linee guida: Si tratta di **indicazioni** che provengono da studi validati, dalla bibliografia esistente, la più recente; indicazioni che guidano gli operatori fra le varie opzioni possibili.

Procedure: sono probabilmente le più semplici da creare e da divulgare perché molto pratiche e molto confrontabili in termini di errori, di risultati e di riscontri attesi o delusi.

Infatti descrivono nel dettaglio gli **atti che vengono svolti per effettuare una attività assistenziale infermieristica**: sono uno strumento molto chiuso, molto blindato, se si vuole anche **'rigido'**, che non lascia spazio a particolari gesti spontanei. La procedura si applica per come è descritta.

Ma stiamo iniziando a parlare e a descrivere situazioni molto teoriche che nella quotidianità non riscontrano un grande successo

E questo ci permette di introdurre il capitolo dedicato con esempi pratici alla parte giuridica.

Questo ambito viene trattato sottolineando che l'autore non ha la presunzione di sostituirsi ai professionisti del ramo legale, e che intende stimolare i colleghi ad affrontare un argomento sempre più citato nelle sentenze che coinvolgono i Professionisti sanitari e in particolare gli Infermieri: la **necessità di documentazione delle attività svolte**.

Per questo motivo la esistenza stessa di un protocollo assistenziale consente al gruppo professionale che lo ha preparato di essere almeno in grado di dimostrare la conoscenza di un problema, di poter certificare l'impegno profuso nella creazione di un lavoro dedicato alla questione, e di poter documentare - se il protocollo ha previsto, per esempio, una scheda dedicata alla tematica affrontata - gli interventi.

Aspetti pratici, esempi concreti

A conclusione, e soprattutto per meglio illustrare l'esempio segnalato in relazione ad un ambito di coinvolgimento giuridico, dunque per rimarcare la grande importanza del protocollo, citiamo una possibile situazione relativa a una malpractice assistenziale quale potrebbe essere una segnalazione relativa alla insorgenza di lesioni da pressione (o da decubito) in un paziente.

Premesso che questo tema, non rarissimo nelle realtà degenziali, sia ospedaliere sia extraospedaliere, deve essere affrontato con competenza clinica certificata da anni di studi e pratiche validate, è importante anche indicare aspetti troppo spesso trascurati.

In tutte le realtà viene preparata una scheda che all'ingresso del degente descrive nel dettaglio la presenza o meno di lesioni da decubito?

Probabilmente no, oppure una descrizione sul tema è effettuata spesso dal solo medico che nella cartella clinica annota la lesione, senza in realtà viverla con la stessa intensità assistenziale che vive l'Infermiere.

Nel caso di un contenzioso legale la esistenza stessa di un protocollo che certifica la volontà preventiva del gruppo infermieristico di discutere del problema, di distribuire in maniera scientifica le risorse e le energie disponibili per affrontare, prevenire e/o risolvere una lesione da decubito rappresenta certamente una validissima pratica testimonianza di professionalità erogata.

La esistenza di protocolli assistenziali su vari aspetti del complesso insieme di manovre e di comunità con i degenti, che può radunarsi e riassumersi con il termine di Nursing, dovrebbe essere caldeggiata ovunque; riteniamo in particolare che in quelle strutture extraospedaliere, dove è più difficoltosa la disponibilità tecnica, il protocollo assume un ruolo di plus valore o valore aggiunto di rara efficacia anche dimostrativa della esistenza di un buon gruppo professionale.

Si può giungere a protocollare anche qualcosa che non rappresenta una vera e propria manovra assistenziale ma che ha particolare rilievo proprio in questo tipo di strutture, e che può contribuire alla garanzia di una migliore assistenza e alla diminuzione dei conflitti nell'equipe assistenziale, migliorando anche le relazioni non solo nel gruppo, ma verso e da gli assistiti e i loro familiari: ci riferiamo in particolare alla necessità di prevenire le cadute dal letto e nel corso della degenza, attraverso l'esistenza e la applicazione reale di particolari procedure che descriveremo nel corso delle relazioni.

Inoltre è importante giungere, nelle realtà assistenziali extraospedaliere dove non è esistente sulle 24 ore la presenza del medico, alla pianificazione ed alla certificazione delle terapie prescritte, sia nel caso di modifiche di routine a quelle che sono le terapie impostate, sia a quella che è la gestione della urgenza e al destino evolutivo della stessa: la documentazione esatta di quello che viene rilevato sull'assistito, la certificazione dei parametri, la trasmissione degli stessi in modo adeguato e non provvisorio né estemporaneo; le risposte terapeutico-diagnostiche della figura medica chiamata alla applicazione della propria prerogativa

professionale (prescrizione farmacologica, dosaggi, modalità di somministrazione) devono assolutamente seguire un percorso validato, riscontrabile, documentabile, che lasci traccia valida e permanente.

Su questi aspetti e su altri la nostra progettazione dell'evento si è concentrata; anche sulla base delle esperienze personali e nella gestione di situazioni che si sono succedute negli anni. Come in altre occasioni formative, cerchiamo di essere il meno teorici possibili, senza naturalmente dimenticare o sottovalutare il ruolo della teoria, purché suffragata ed appoggiata da esempi pratici che rendano almeno meno fumosi concetti ancora molto spesso lontani dalla quotidianità assistenziale: si tratta infatti di concetti che risentono dei molti problemi contemporanei della figura infermieristica, costretta a cercare riferimenti nell'esperienza difforme di situazioni non sempre paragonabili perché diverse, molto distanti, per contenuti tecnici, organizzativi, umani.

DESCRIZIONE DEI PRINCIPALI PROTOCOLLI ASSISTENZIALI LEGATI ALL'INFERMIERISTICA

INTRODUZIONE

Questa presentazione non vuole tanto evidenziare i risultati raggiunti per quanto concerne l'uso dei protocolli assistenziali legati all'infermieristica, proponendo una vetrina di quello che è stato realizzato, ma costituire un riferimento di come si possa rendere più omogeneo e sicuro il lavoro dell'Infermiere e di conseguenza garantire una maggiore sicurezza agli assistiti grazie all'uso dei protocolli assistenziali.

Facendo riferimento all'esperienza pregressa ho constatato, mediante il lavoro nelle varie strutture extraospedaliere, che la mancata definizione di uno standard lavorativo influiva negativamente sia nell'organizzazione del lavoro degli Infermieri che nella percezione delle cure ricevute da parte degli assistiti.

Tale considerazione mi ha spinto a istituire dei protocolli assistenziali che colmassero questa carenza organizzativa.

Ricordo che ogni protocollo viene strutturato in base agli **obiettivi** da perseguire, pertanto ritengo importante sottolineare che i protocolli vanno ogni volta ridefiniti in base alle **esigenze** che si presentano e **ridiscussi** periodicamente con l'equipe.

Ritengo inoltre importante l'**integrazione** del protocollo con altri strumenti che aiutino lo svolgimento del lavoro non solo a livello infermieristico ma anche a livello collaborativo e di comunicazione con altre figure professionali.

La struttura del protocollo prevede alcuni punti fondamentali:

- definizione
- obiettivi
- procedure assistenziali
- riferimenti di natura scientifica
- complicità
- materiale

Al fine di fornire un esempio pratico di quanto sopra descritto allego un protocollo riguardante un lavoro all'apparenza semplice e frequentemente svolto dai colleghi Infermieri ma che può diventare fonte di errori proprio in mancanza di uno strumento di controllo adeguato.

ESEMPIO

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI PER VIA ORALE

DEFINIZIONE:

La via e la modalità di somministrazione più usata per i farmaci che possono essere assorbiti dal tratto gastrointestinale, per la comodità e la facilità di attuazione.

Il farmaco assorbito dalla mucosa viene immesso nel torrente circolatorio, dove circola legato per lo più alle sieroproteine (albumina o globulina), distribuendosi successivamente ai tessuti .

Non tutte le sostanze sono somministrabili per via orale. Le sostanze proteiche ad esempio vengono digerite dal succo gastrico e inattivate.

OBIETTIVO:

Provvedere alla somministrazione dei farmaci per via orale

CONTROINDICAZIONI

Difficoltà della deglutizione

Vomito ripetuto: in questo caso il farmaco potrebbe essere vomitato prima di essere digerito.

Alterazione dell'assorbimento gastro intestinale.

Gastrite ulcera peptica particolarmente se si devono somministrare antinfiammatori non steroidei (acido acetilsalicylico), corticosteroidi, teofillinici.

AL MOMENTO DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI E' NECESSARIO VERIFICARE CHE IL PAZIENTE SIA IN GRADO DI INGERIRE IL FARMACO E NON VI SIANO CONTROINDICAZIONI.

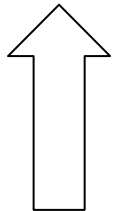
PREPARAZIONE SOLIDA:

Pillole

Compresse: il principio attivo addizionato con eccipienti e compresso fino a far raggiungere al farmaco la forma discoidale.

Capsule: il principio attivo è racchiuso in una capsula di gelatina che si scioglie nello stomaco.

Pastiglie: sono compresse solubili in bocca.



Materiale:

Bicchierini monouso, acqua fresca, garza o fazzoletto di carta, guanti monouso, cucchiai frantumata – pastiglie (opzionale), quaderno della terapia

Lavarsi accuratamente le mani

Verificare se il preparato va ingoiato. sciolto in bocca o sciolto in acqua

Controllare sempre l'etichetta e la scadenza del farmaco

Controllare sempre la prescrizione medica (dose, orari, eventuali sospensioni)

Controllare sempre che il paziente sia quello corrispondente alla prescrizione

Preparare un bicchiere con acqua

Raccogliere la dose prescritta del farmaco in un quadratino di garza e porgerlo al paziente indicando esattamente le modalità di assunzione

Se il paziente non è autosufficiente:

Porre la compressa sulla lingua del paziente, profondamente, e invitarlo a bere un bicchiere d'acqua

Nel caso l'operazione non riesca polverizzare la compressa (dove è possibile) nel seguente modo:

porre la compressa tra due garze e usare il fondo di un bicchiere per frantumarla

(usare il frantumata –pastiglie) e ridurla in polvere. Porre la polvere su un cucchiaino e aggiungere qualche goccia di acqua.

DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

Se un paziente rifiuta la somministrazione di un farmaco, la ragione del rifiuto viene registrata nel registro delle consegne, chi ha prescritto il farmaco dovrà essere informato del rifiuto.

Controllare sempre il paziente dopo la somministrazione ed annotare effetti collaterali

ERRORI NELLA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Quando si verifica un errore, questo va riconosciuto subito, segnalato ai responsabili infermieristici e medici e registrato.

Possono rendersi necessari interventi che contrastino l'effetto provocato dall'errore.

SOSTANZE CONTROLLATE (stupefacenti)

Gli stupefacenti consegnati all'unità di degenza vengono custoditi in cassaforte .

*Prima di prelevare lo stupefacente, controllare sui registri il numero di pastiglie rimaste. Confrontarlo con quelle disponibili. Se i due dati coincidono,prelevare il dosaggio dello stupefacente necessario .In caso contrario avvisare il responsabile infermieristico. Contare le scorte rimanenti. Dopo aver prelevato la dose per il paziente,registrare sull'apposito registro .
Somministrare lo stupefacente come da schema.*

SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI PER VIA SUBLINGUALE

La somministrazione dei farmaci per via sublinguale permette un più rapido assorbimento dei farmaci rispetto alla via orale.

Al momento la via sublinguale è consentita a pochi farmaci (ad esempio nitroderivati).

La pastiglia va posta al disotto della lingua dopo averla schiacciata con i denti.

SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI LIQUIDI (sciroppi)

Il farmaco unito in acqua prende il nome di soluzione,diluito in alcol,acqua e zucchero prende il nome di elisir,diluito in acqua e zucchero concentrato è chiamato sciroppo(nello sciroppo il farmaco è presente a concentrazioni indicate sulla confezione)

Sospensione: farmaci insolubili in ambiente acquoso

Bustine granulari da solubilizzare o di polvere solubile.

Le preparazioni liquide consentono un'ingestione più agevole in quei pazienti che hanno difficoltà nel deglutire sostanze solide.

Materiale

Bicchieri monouso, acqua fresca,cucchiaini, misurini(in dotazione con i flaconi stessi)

Lavarsi accuratamente le mani

Controllare sempre l'etichetta e la scadenza del farmaco

Controllare sempre la prescrizione medica (dose, orari, eventuali sospensioni)

Controllare sempre che il paziente sia quello corrispondente alla prescrizione

Prendere il flacone e agitarlo se si tratta di sospensione

Svitare il coperchio e poggiarlo sul carrello con la parte interna rivolta verso l'alto (per evitare contaminazioni)

Prendere il misurino ed identificare il livello corrispondente alla dose prescritta;il misurino presenta alcune tacche di riferimento ognuna delle quali corrisponde una quantità ben precisa del farmaco (se si dispone di un unico misurino per più persone travasare il contenuto in un bicchierino monouso e sciacquare con acqua calda il misurino)

In caso di preparati in polvere, vuotare il contenuto della bustina in un bicchiere con acqua e mescolare con un cucchiaino sino a che la soluzione non sia divenuta trasparente. Verificare che non vi siano residui sul fondo del bicchiere.

Somministrare il preparato al paziente.

USO DEL CONTAGOCCE

Materiale:

Bicchierini di carta, acqua fresca.

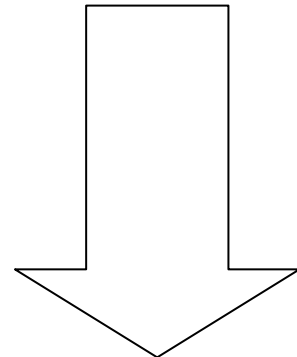
Lavarsi le mani accuratamente

Controllare sempre l'etichetta e la scadenza del farmaco

Controllare sempre la prescrizione medica

Controllare sempre che il paziente sia quello corrispondente alla prescrizione

*Riempire per un terzo un bicchierino di carta di acqua fresca e appoggiarlo sul carrello
Prendere il flacone delle gocce prescritte e svitare il tappo
Inclinare il flacone sopra il bicchiere con un'angolazione di circa 45° (tale posizione favorisce la fuoriuscita delle gocce)
Contare con estrema attenzione le gocce
Riporre il farmaco al posto e somministrare*



CONCLUSIONI

L'uso consolidato del protocollo costituisce una certificazione di qualità del lavoro svolto dal personale della struttura e può avere valore sia a fini statistici **che giuridici** e pertanto se ne consiglia la definizione e la messa in pratica anche laddove la consuetudine prevalga sull'utilizzo di questo efficace strumento di lavoro.

Protocollo per la misurazione della temperatura corporea

Definizione:

La temperatura corporea è il risultato tra la dispersione e la produzione di calore .

La produzione di calore è data dall'azione metabolica, soprattutto da parte della muscolatura e del fegato.

La dispersione di calore è data da irradiazione, conduzione, evaporazione della pelle e perspirazione insensibile attraverso i polmoni.

La temperatura del corpo rimane costante nel quadro del ritmo quotidiano, vale a dire che la più bassa si rileva verso le quattro del mattino e la più alta verso le sedici e trenta, verso la fine del pomeriggio.

Obiettivo :

Misurare la temperatura corporea.

Tipi di misurazione:

- ascellare: temperatura della superficie corporea
- rettale e sublinguale: temperatura interna.

Apparecchi per la misurazione:

- termometro a mercurio
- apparecchi elettronici

Tempi e frequenza misurazione:

Una, due volte al dì o più spesso secondo lo stato di malattia .

Materiale:

termometro a mercurio o elettronico con sonda, garza, disinfettante, lubrificante, arcilla, orologio, termometrica per trascrivere T.C.

Misurazione ascellare

Utilizzazione: tutti

Procedimento: sistemare il termometro nell'ascella asciutta, affinché sia circondato dalla pelle.

Durata: 1-5 minuti

Fonti di errore : Ascella non asciutta, piaghe del tessuto cutaneo (cavità vuota specie nelle persone magre) termometro fuori sede .

Misurazione rettale

Utilizzazione : Pazienti agitati, su prescrizione

Procedimento : Se possibile far assumere all'ospite la posizione su un fianco con le gambe leggermente flesse (oppure posizione supina) con piedi appoggiati sul materasso.

Il termometro leggermente unto con vasellina va introdotto col bulbo nel retto, con delicatezza .Tenerlo fermo durante la misurazione

Durata: 3 minuti

Fonti di errore : Eccesso di vasellina che isola il termometro.

Misurazione orale

Utilizzazione : tutti.

Procedimento : Mettere il termometro sotto la lingua e chiudere delicatamente la bocca.

Dopo la misurazione leggere il valore tenendo in posizione orizzontale il termometro.

Annotare il valore risultante e l'ora della misurazione.

Comunicare ogni fluttuazione al di fuori della norma.

Lavare il termometro con sapone, in acqua tiepida, porlo in un recipiente con soluzione disinfettante, asciugare con una garza riporlo nell' apposita custodia.

Il termometro rettale, che resterà personale dell'ospite (nome e cognome sull'astuccio) subito dopo l'uso sarà asciugato con una garza, lavato e disinfettato.

Tutti i termometri difettosi vanno subito sostituiti in caso di rottura e perdita di mercurio (con una siringa aspirarlo e depositarlo nei rifiuti adatti).

Schema valutazione ed interventi in caso di febbre

temperatura	descrizione	Presc. terapeutica	medico
al di sotto di 36°c	Ipotermia	- - - - -	
36°c – 37°c	Valore normale	- - - - -	
Tra 37°c e 38°c	Febbre	monitorare TC ogni 2-3 ore	
38°c ed oltre	Febbre	som. antipiretico monitorare TC ogni 2 ore avv. Medico o G.M. scoprire l'ospite e praticare spugnature fredde	

L'importanza della raccolta e dell'elaborazione dei dati assistenziali nell'infermieristica: modelli di Best Practice applicabili nelle RSA.

Fabrizio Tallarita

Consulente tecnico della Federazione nazionale Collegi Ipasvi
www.ipasvi.it

INTRODUZIONE

La raccolta, l'estrapolazione e l'elaborazione dei dati sono sempre state prerogative importantissime in tutti i processi di qualsiasi Azienda: quello che incuriosisce è che proprio nei processi legati alla salute, spesso vengono disattesi o sottovalutati.

Obiettivo di questo piccolo documento è proprio sintetizzare alcune peculiarità dei dati in generale, sottolinearne l'importanza nell'ambito sanitario, e cercare l'applicazione pratica nell'ambito dell'infermieristica.

I DATI

Si definisce un "dato", qualsiasi elemento che dia prova di *vero, certo, determinato*.

Quindi qualsiasi elemento che descriva una realtà oggettivamente, può essere considerato un "dato".

Esempi di dati ne abbiamo a dismisura: la nostra data di nascita (e tutta l'anagrafica...) e, tanto per portare esempi nell'ambito sanitario rischiando la banalità, i "parametri vitali" come la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, ecc...

Consideriamo quindi come "quantificabili" tutte quelle notizie che rileviamo nel corso della nostra pratica professionale.

E quelli non quantificabili?

Ovviamente, anche dati che non possono essere misurabili sono considerati nella stessa categoria, ma con una valenza diversa.

Esempio: *"un paziente accusa dolori addominali incoercibili..."*

Questo dato non è quantificabile (anche se non è del tutto vero, ma di questo ne parliamo in seguito...), in quanto non misurabile oggettivamente, ma nell'esercizio professionale ha comunque una valenza importante.

Ma i dati vanno raccolti, "rilevati"... cominciamo a dare una definizione proveniente dall'italiano: "rilevare", *raccolta sistematica di informazioni a fini conoscitivi, di gestione ecc.*

Ho volutamente sottolineato la parola *sistematica* in quanto rende l'idea proprio del fenomeno; un singolo dato, spesso, non è rappresentativo per descrivere un evento (dare il singolo parametro pressorio 200/120 non può stabilire se un paziente soffre di ipertensione arteriosa...), ma la raccolta sistematica e quotidiana dei dati può contribuire, se non attribuire, alla descrizione completa o parziale di un evento (si può dire che un paziente è iperteso quando l'innalzamento della pressione arteriosa si protrae nel tempo in condizioni diverse...).

Ma i dati fini a se stessi talvolta non bastano; bisogna "elaborarli" in base alle nostre esigenze...

Definizione di "elaborare": *raccolgere e ordinare dati di varia natura in modo da ricavarne, mediante procedimenti di calcolo più o meno complessi, determinate informazioni - elaborare i risultati di un'inchiesta; il computer elabora i dati*

La lingua italiana, per quanto molto complessa nella grammatica, ci aiuta tantissime volte per capire, comprendere ed interiorizzare un fenomeno; e la definizione di cui sopra è un esempio tangibile per comprendere appieno il significato dell'elaborare...

Da qui al dire che i dati sono importanti per qualunque processo produttivo è abbastanza palese; il dire che sono importanti, previa una buona "rilevazione" ed "elaborazione" non è così scontato per tutti; per poter rilevare e successivamente elaborare i dati, occorre una pianificazione a monte, per sapere effettivamente quali dati vanno raccolti, ed ottimizzare le risorse.

Un debito parallelismo lo possiamo inserire nell'infermieristica: quando non pianifichiamo (o pianifichiamo parzialmente), l'assistenza e la prognosi del paziente ne risentono pesantemente, così come il rilevare ed elaborare dati sui pazienti di cui non ne abbiamo necessità.

Una assistenza pianificata sulle reali necessità dell'utente attraverso una accurata rilevazione dei dati è la base del suo percorso assistenziale, dove l'infermiere si rende conto dei bisogni assistenziali della persona e ne pianifica l'intervento con tutta l'equipe sanitaria, in quanto va alla ricerca di ciò che per lui è più utile per identificare i problemi del paziente, allo scopo di pianificare le cure in modo globale e finalizzato.

L'insieme dei dati iniziali diventa perciò il punto di partenza per valutare lo stato di salute del paziente e per identificare i suoi problemi di salute reali o potenziali.

Ad una errata o incompleta rilevazione, come del resto anche l'interpretazione, corrisponde l'impossibilità di centrare a pieno il problema e quindi di risolverlo.

Ovviamente la tipologia dei dati è strettamente correlata alla meta da raggiungere (assistenziale e clinica).

Le tecniche per la rilevazione dei dati possono essere svariate: conversazione, osservazione, consultazione di documenti, fotografie, filmati video, e così via.

Per l'elaborazione la cosa si fa più complessa, e questo lo sanno bene gli statistici, che di questo problema ne hanno fatto una scienza: la metodica più comune è quella della visualizzazione in tabelle, o strutturata in grafici, e così di seguito, in modo da poter realizzare in modo visuale un sistema che permetta d'impatto di osservare completamente l'evento descritto (tanto per banalizzare, la diaria della temperatura corporea sulla cartella clinica...)

L'INFERMIERISTICA FATTA SCIENZA

La cosa che viene trascurata nella pratica assistenziale quotidiana è che l'infermieristica è un'*arte* ed una *scienza* proprio perché si avvale di quei strumenti che le scienze tradizionali usano: la matematica e la statistica.

Ed è proprio per questo che i dati clinici ed assistenziali prendono valore, in quanto permettono lo studio del "fenomeno assistenza" finalizzato al miglioramento nel tempo delle condizioni psico-fisiche della persona.

I dati clinici ed assistenziali vanno raccolti, valutati e studiati in itinere per tutto il percorso assistenziale dell'individuo, ed oltre...oltre significa che la persona potrebbe aver bisogno di un "qualcosa" anche dopo la sua teorica permanenza ospedaliera o in strutture dedicate, ed oggi ne vediamo proprio gli sviluppi nelle strutture sanitarie extraospedaliere (case di riposo, RSA, ecc...) dove il problema prioritario non è la *clinica* ma bensì *l'assistenza*.

Anche se tra la normativa e la realtà purtroppo vi è un oceano, non dobbiamo perdere mai d'occhio le finalità e le mete da raggiungere: le residenze sanitarie extraospedaliere rappresentano un "feudo" dell'infermieristica, dove l'infermiere è responsabile di almeno un 90% dei processi assistenziali e di cura (stima approssimata), nonché quelli riabilitativi; in questo contesto, spesso soli e con molteplici problemi quotidiani, dobbiamo ritagliare uno spazio consono alle nostre professionalità, che a dispetto di altre situazioni, possono esprimersi al meglio, proprio per il fatto di esser soli, che in questo caso DEVE diventare un punto di forza.

In conclusione, assistere materialmente non può prescindere dalla pianificazione dell'intervento assistenziale, e dalla rilevazione e documentazione dell'atto eseguito, che riveste un ruolo e un senso solo se pianificato a priori.

Pianificare l'assistenza significa stilare una programmazione assistenziale sulle cure infermieristiche (corto, medio e lungo raggio), ma non come viene insegnato alla lettera nelle scuole di infermieristica; sono modelli troppo complicati, troppo teorici, che però hanno l'indiscusso valore di provenire dalla ricerca e di aprire mentalmente lo studente infermiere alla pianificazione degli interventi.

Oggi, nella pratica quotidiana, abbiamo bisogno di modelli più elastici, sempre orientati alla scienza ed in base ai modelli precedenti, che possano bypassare lo scoglio del "tempo" a disposizione dell'equipe terapeutica (un grande problema dell'infermiere italiano è quello di non poter dedicare tempo alla pianificazione, in quanto *troppo indaffarato*...).

Qualcuno ricorda la scala dei bisogni di Virginia Henderson? Sì, va bene da tenere come modello assistenziale di riferimento, ma oggi da solo non basta più: per riprendere l'esempio preso all'inizio, possiamo utilizzare delle "**scale di valutazione**" per descrivere un evento e

studiarlo nel tempo, proprio nel caso della descrizione del dolore, dato *soggettivo* che può essere *oggettivato*...e di seguito portiamo un piccolo esempio:

- **VRS** (visual rating scale); sistema di valutazione numerico progressivo, ad ordine casuale
- **NRS** (numeric rating scale); scala di valutazione progressiva da un minimo ad un massimo, con infinita quantificazione intermedia
- **VAS** (visual analogue scale); scala visuale che consta di una linea retta con inizio "assenza di dolore" e con fine "dolore incredibilmente forte" con varianti intermedie
- **MC GILL PAIN QUESTIONNAIRE**; 102 vocaboli che descrivono il dolore, spesso associato ad un disegno del corpo umano che aiuta la localizzazione da parte del paziente. Talvolta è utilizzata la versione semplificata.

Un'altra scala adottabile in tantissimi ambito e' la **GCS** (Glasgow Coma Scale) che valuta il grado di coscienza su 3 valori: apertura occhi, risposta verbale e risposta motoria; valori da 3 a 15, valore massimo il migliore.

Altro esempio la **scala di Barthel**, con punteggio da 0 a 100, che misura il grado di disabilità e di dipendenza, soprattutto infermieristica.

Una situazione invece ad alto rischio nelle strutture ad alta concentrazione di persone anziane è quella della "caduta": una scala ad hoc per quantificare tale rischio è quella di **Conley**.

Sul rischio di incorrere in "lesioni da pressione" l' AISLEC (associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee) propone, dopo revisioni di letteratura, l'indice di **Norton** e di **Braden**.

Ma le scale da sole bastano a poter documentare l'assistenza infermieristica a tutto tondo, compresa l'assistenza in "real time" attuata alla persona?

Ovviamente no. Per raccogliere i dati, elaborarli, consultarli e trasmetterli a qualsiasi titolo, abbiamo bisogno di uno strumento nostro, atto allo scopo, che ci dia la situazione aggiornata su cosa avviene nel momento e cosa è accaduto: dobbiamo avere una **cartella infermieristica**.

Anche se i cultori della materia (e mi trovano in completo accordo...) asseriscono che il modello è certamente superato, in quanto la tendenza è quella di uscire dalla logica del singolo professionista settoriale, e considerare la persona nella sua interezza proponendo un sistema di "cartella integrata", in molte realtà quest'ultima trova troppi ostacoli, vuoi di natura professionale (opposizione di altri professionisti...), oppure di natura logistica (nelle RSA non ci sono altri professionisti afferenti nelle 24 ore come l'infermiere...), e quindi la cartella infermieristica è sicuramente attuabile da subito, nell'immediato, basta solamente che il gruppo scelga di progettare ed attuarla.

I vantaggi? Enormi, basti pensare che è uno strumento perfetto per pianificare gli interventi e, allo stesso tempo, descriverne l'evoluzione nel tempo.

Forse qualcuno, dopo aver letto fino in fondo, si sentirà a bocca asciutta per non aver trovato le scale descritte nei minimi particolari, o per non aver avuto delle risposte dirette ai problemi assistenziali, ma questo faceva parte delle mete dei curatori: l'obiettivo finale è quello di stimolare la curiosità ed andare a ricercare la bibliografia consigliata e, meglio ancora, trovarne altra, per poter meglio interiorizzare il problema e scegliere in completa autonomia gli strumenti migliori per quella determinata equipe di cura.

BIBLIOGRAFIA:

- AA.VV., "Qualità. Accreditamento, indicatori", Roma, Federazione nazionale Collegi Ipasvi, 1998, pp. 126
- M.Fiamminghi et al, "Manuale per la ricerca infermieristica", Milano, Ambrosiana, 1995, pp. 280
- G.LoBiondo-Wood, "Metodologia della ricerca infermieristica", Milano, McGraw-Hill Italia, 1994, pp. 565
- AA.VV., "Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica", Roma, Federazione nazionale Collegi Ipasvi, i Quaderni de "L'Infermiere", 2003, pp. 32 consultato su <http://www.ipasvi.it/>
- L.D.Atkinson, M.E.Murray, "Capire il processo di Nursing. Fondamenti di pianificazione dell'assistenza", Milano, Ambrosiana, 1994, pp. 148

- L.J.Carpenito, "Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi", Milano, Ambrosiana, 2000, pp. 980
- D.Massi, "L'importanza della rilevazione dei dati nel Servizio di Emergenza Sanitaria Lazio Soccorso "118", Roma, Tesi D.U. per infermiere Università Tor Vergata, 1999, pp. 53 consultata su <http://www.infermieri.com>
- N. Allcock, "Factors affecting the assessment of postoperative pain: a literature re view" , Journal of Advanced Nursing, 1996
- Sito web "Aislec", visitato il 25 maggio 2004 ore 16:40; <http://www.aislec.it/>

Sito web "Garzanti linguistica", visitato il 25 maggio 2004 ore 15:00; <http://www.garzantilinguistica.it>

L'IDENTITA' DELL'ASSISTITO: VIAGGIO NEI BISOGNI ASSISTENZIALI DEGLI OSPITI DELLE STRUTTURE EXTRA OSPEDALIERE.

A cura di Francesco Falli e Gianluca Ottomanelli

Il paziente - od ospite... - delle strutture sanitarie extra ospedaliere soffre di patologie che hanno una incidenza statistica particolare, e che possono essere racchiuse, in una misura superiore al 75%, alle malattie del gruppo cardiovascolare e alle demenze.

Nel produrre un breve e incompleto elenco delle principali patologie presenti nelle strutture sanitarie non ospedaliere dobbiamo doverosamente ricordare e segnalare, oltre alle patologie demenziali e neurologiche invalidanti e alle patologie cardiovascolari, quelle che fanno capo ai dismetabolismi complessi (esempio il diabete e le relative complicanze).

Fenomeni psichiatrici e osteoporotici, artrosi gravi, forme di non completa autosufficienza per i più vari motivi presenti concorrono e partecipano al completamento del quadro delle patologie che si incontrano e riscontrano, con le loro complessità assistenziali, nelle corsie e nelle strutture oggetto del nostro studio.

Non devono inoltre essere dimenticate, oltre a forme minori di patologie croniche, tutte quelle situazioni che rivestono un disagio sociale, configuratosi per i più differenti motivi, e che obbligano in un certo senso al ricovero, anche in assenza di patologie gravi.

Naturalmente le caratteristiche di alcune case di cura, e RSA o RPA, sono tali da annoverare ospiti che sono affetti da patologie simili: è il caso di alcune strutture che accolgono pazienti neurologici, colpiti da ictus e in riabilitazione, oppure sono molto diffuse in alcune zone geografiche del Paese strutture sanitarie non ospedaliere, ma molto simili a strutture complesse, dove vengono accolti cardiopatici acuti e in fase di riabilitazione, o dove si svolgono interventi cardio-chirurgici, in presenza di standard di sicurezza molto elevati.

Sono altresì presenti anche strutture dedicate alla sfera del parto, naturale e pilotato, che accolgono le donne in una atmosfera evidentemente 'aggiunta' di comfort, spesso non presente nelle strutture pubbliche: ma già queste strutture sanitarie extra ospedaliere, se per definizione rientrano per definizione nella relazione presentata, non sono il bersaglio della nostra indagine.

Nel 'viaggio' ipotizzato nelle realtà sanitarie non appartenenti al tradizionale mondo dell'assistenza sanitaria ospedaliera, gli Autori cercano di documentare la natura dei pazienti che sono ospitati nelle residenze sanitarie protette per anziani o per pazienti cronici, sicuri di non esaudire il quadro completo delle differenti caratteristiche, ma nell'intento di cominciare un percorso in un mondo che, negli ultimi anni, è cresciuto in maniera esponenziale.

Nella sola Regione Liguria, dal 1988 ai giorni nostri, l'offerta di posti degenziali in strutture che non appartengono al circuito degli ospedali tradizionali è cresciuto del 45%.

Questo dato è dovuto a molti aspetti in sinergia tra loro: dall'aumento della vita media, che crea perciò più anziani ma che li trasforma spesso in anziani soli (a seguito della disgregazione ormai completata, specialmente nelle aree urbane, delle antiche famiglie patriarcali o matriarcali); alla diminuzione dei posti letto nelle corsie ospedaliere.

Un altro dato interessante, sempre relativo alla Regione Liguria, indica che nell'anno 1984 (dunque una generazione è trascorsa da allora) era presente in quella che oggi è una struttura ospedaliera tradizionale che fa capo alla ASL 5 'spezzino' un reparto per pazienti cronici (denominato 'lungodegenza', autonomo e con un proprio dirigente medico, ed uno infermieristico) con circa 60 posti letto fra uomini e donne.

Si è passati da una diminuzione dei posti letto, negli anni, alla chiusura del reparto: ma le esigenze che caratterizzavano la natura dei ricoveri di quella scomparsa unità operativa non sono, negli anni, scomparse, ma anzi accresciute.

Se non è possibile entrare ulteriormente nel dettaglio delle caratteristiche dei pazienti o degli ospiti di queste strutture, dobbiamo invece con forza riflettere e sottolineare la necessità di una attività integrata con altre istituzioni e servizi, integrazione che vede gli Infermieri attori e protagonisti, registi e coordinatori sempre più coinvolti nel processo assistenziale integrato, concetto che racchiude in sé un intero mondo di impegni complicati.

Quanti sono gli Infermieri coinvolti in questo mondo extra ospedaliero?

Dalle statistiche più recenti (che si riferiscono all'anno 2003) ricavate dal libro di C. Cipolla e G. Artioli che riportiamo in bibliografia, sono oltre 3 Infermieri su 100 ad impegnare la propria attività nel servizio di assistenza extra ospedaliera, cioè nelle RSA, RPA ed altre strutture.

Se osserviamo il dato delle attività domiciliari infermieristiche, però, e cioè il dato statistico per quei colleghi che sono inseriti in un servizio territoriale, la percentuale sale a oltre il 10%, a dimostrazione del complesso intreccio, e della reale necessità di una assistenza integrata NON ospedaliera.

Ma questa assistenza integrata evidentemente non può essere soltanto e solamente sanitaria se, come è stato ricordato, non sono soltanto sanitari o legati a patologie invalidanti le presenze in queste strutture: molto spesso, molto frequentemente il ricorso a servizi sociali è determinante e non rinviabile.

Nella variegata realtà assistenziale territoriale sono molto importanti dunque le pianificazioni degli interventi multidisciplinari e di integrazioni con i servizi sociali, che spesso fanno capo a strutture amministrative come i Comuni, e dunque il servizio deve indispensabilmente prevedere figure anche sanitarie preposte al coordinamento di queste molteplici attività a incastro.

Una parte che viene troppo spesso trascurata e non sottolineata a sufficienza nelle degenze ospedaliere è la presenza di buoni rapporti o meno con i familiari: questo aspetto nelle strutture come quelle che stiamo osservando è invece un dato decisivo e non può assolutamente essere trascurato. Spesso la possibilità di un reinserimento nel nucleo familiare è la miglior motivazione per il recupero di queste persone, purché naturalmente le condizioni fisiche consentano il rientro in famiglia, e il grado di dipendenza non obblighi la famiglia (e le proprie differenti possibilità tecniche, logistiche, economiche) a sacrifici non sostenibili.

In realtà, e questo è già stato sottolineato nel 1990 dall'ICN (International Council of Nursing) appare a questo punto sempre più importante per tutti i Professionisti coinvolti un nuovo approccio assistenziale, un approccio che superi il concetto stesso di bisogno settoriale (il paziente che assisto ha un decubito, il paziente del quale mi prendo cura ha una emiparesi), per abbracciare l'assistenza in un concetto globale, sempre più olistico: e anche nelle strutture sanitarie extra ospedaliere, anzi forse con ancor maggior necessità, diventa a questo punto indispensabile creare modelli di cartelle infermieristiche, certamente integrate, e che possano prevedere il giusto risalto alle problematiche anche sociali del paziente/ospite della struttura.

Inoltre la stessa ricerca infermieristica propone nuovi modelli assistenziali basati sulle prove di evidenza che potrebbero venire introdotte in alcune strutture, ovviamente con la approvazione di tutte le parti coinvolte nel processo assistenziale, e questo dovrebbe passare attraverso la applicazione corretta e adeguata di linee guida e protocolli.

Se esistono almeno dieci validi metodi per impedire la cateterizzazione forzata di un anziano, uno di questi sarà sicuramente più valido almeno per quella determinata situazione e per quella occorrente necessità.

bibliografia

'La ricerca infermieristica in Italia', FNC Ipasvi edizioni, Roma 2003, Autori vari

'Il care infermieristico- 1° indagine nazionale sulla Professione Infermieristica' di C.Cipolla e G. Artioli, FrancoAngeli editore

'ICN: raccomandazioni per il nursing rielaborato' 1990

'atti della Commissione Sanità, Regione Liguria

I.T. (Information Technology): vantaggi assistenziali e di gestione.

Fabrizio Tallarita

Consulente tecnico della Federazione nazionale Collegi Ipasvi

www.ipasvi.it

Coordinatore del sito web infermieristico INFERMIERI.COM

INTRODUZIONE

L'idea che ha sempre accompagnato il ricercatore di informazioni di natura scientifica è sempre stata quella del "testo", in tutte le sue sfaccettature e distribuzioni; chi aveva la possibilità, acquistava testi, pubblicazioni di varia natura a partire dalle riviste fino ad arrivare ai libri più o meno costosi, e chi non poteva, accedeva a biblioteche che mettevano a disposizione pubblica un patrimonio culturale più o meno importante.

Questo è quello che abbiamo vissuto per tanti anni, almeno fino a circa sette/otto anni fa.

Ci siamo affacciati al 2004 con una consapevolezza sempre maggiore: che l'informazione, oggi, nasce "vecchia"; tutto ciò che viene detto dai quotidiani, dal telegiornale, domani potrebbe essere suscettibile di critica, di revisione parziale o totale.

Anche la comunicazione e la gestione dei dati, oggi, risente fortemente di esigenze diverse, vuoi dalla parte del cittadino che vuole "di più", vuoi dai progressi tecnologici e scientifici.

Lo scopo di questa relazione è quello di prendere consapevolezza di alcune situazioni, per poter meglio affrontare le sfide assistenziali ed ottimizzare le risorse a disposizione, nell'ottica della gestione ed aggiornamento professionale continuo.

"SAPERE" QUANDO, COME E PERCHE'

In un mondo in cui l'informazione, l'innovazione tecnologica e scientifica corre alla velocità della luce, è logico pensare anche che le nostre conoscenze professionali debbano essere costantemente riviste, rivisitate, se non addirittura rinnovate nei contenuti e nelle concezioni più intime...

Questo vale per noi infermieri, per i medici (in cui il cambiamento è più sofferto che per noi), e per qualsiasi altro professionista, anche non sanitario.

Ed allora una riflessione nasce spontanea: siamo chiamati a studiare sempre, per stare al passo con i tempi, oppure serve un modello organizzativo assistenziale diverso?

Lascio ad altri illustri colleghi l'arduo compito di affrontare tale argomento, ma prendo spunto da ciò per introdurre un concetto che in altri paesi europei ha fatto spazio a modelli organizzativi di successo: *il sapere in caso di necessità*.

Il concetto del "sapere quando ne ho effettivo bisogno", affrontato anche dall'Evidence Based Practice, riduce l'idea del professionista "saccente" e ne allarga la capacità decisionale in caso di necessità assistenziale (es. ho un paziente con una lesione da pressione, non so come affrontarla, ma so dove reperire le informazioni per farlo...).

E questo, secondo tanti analisti, sarà il futuro dei professionisti sanitari, che dovranno sapere sempre meno in termini di conoscenze scientifiche, ma all'opposto, essere sempre più "ricercatori" delle migliori evidenze scientifiche e della migliore bibliografia esistente, per poter erogare assistenza adeguata ai bisogni reali del cittadino.

E nell'antitesi che caratterizza l'Italia, Paese dai forti paradossi, che è oggi considerata quasi "il terzo mondo" dell'infermieristica dal punto di vista della ricerca, ma in cui paradossalmente "si viene curati meglio", ci troviamo oggi ad affrontare necessariamente questo forte cambiamento culturale, che non è certamente semplice e ne indolore.

Forte del fatto che c'è ancora chi pensa, tra noi, che il sapere è fonte di potere riservato a "pochi eletti", ho provato personalmente ad intraprendere una sfida che, per fortuna, oggi posso dire essere stata vincente e premiante: creare un luogo dove la cultura fosse di libero accesso a tutti, un luogo dove le conoscenze venissero condivise dagli infermieri stessi per gli infermieri; creare, alla fine, una BIBLIOTECA INFERMIERISTICA ONLINE (<http://www.infermieri.com>).

L'idea di fondo era di poter recuperare tutto quel patrimonio di cultura, ricerca, e scienza infermieristica che, per le ragioni più disparate, veniva dimenticato o perso nei cassetti delle scrivanie di ognuno di noi, ma che invece poteva essere di aiuto o da spunto ad altri colleghi in altre parti d'Italia.

Ma la pecca del progetto sta nel fatto che non può essere considerata al 100% "bibliografia autorevole", e quindi non citabile in sede di contestazione giudiziaria od extragiudiziaria, fatte salve le eccezioni delle "tesi universitarie".

Allora, per l'infermiere che vuole aggiornarsi, bisogna avere delle risorse "online" su internet, periodicamente aggiornate con lavori di ricerca recenti, ma soprattutto con **bibliografia autorevole**. E ce ne sono tante.

OPERAZIONE "CARTAGINE"

L'Italia è un paese che ha recentemente recepito le raccomandazioni europee sull'uso diffuso delle tecnologie nei vari ambiti operativi, ma è in forte ritardo. Altri paesi europei, per non parlare di quelli oltre oceano, hanno avuto negli anni passati un forte impatto tecnologico.

Il vero paradosso è che negli Stati Uniti l'impatto è stato soprattutto in sanità (in particolare nell'infermieristica), ed in misura nettamente minore in altri settori.

L'Italia sta facendo esattamente l'opposto.

Altri paesi hanno giustamente compreso che "automatizzare" alcune (se non tutte) procedure di gestione assistenziale e terapeutiche servono sia da un versante puramente amministrativo (analisi del consumo di materiale con annessa gestione degli ordinativi, calcolo della spesa sanitaria reale per singolo paziente, ecc...) e sia da un versante assistenziale (aver sempre sotto controllo i dati del paziente, la sua storia, le condizioni pregresse anche negli anni scorsi, conoscere la terapia e chi l'ha prescritta, chi l'ha somministrata, la variazione del piano assistenziale, ecc...).

Ci basti osservare come proprio negli ospedali U.S.A. sono gli infermieri a gestire in toto il malato, e gestiscono tutto tramite PocketPC, un piccolo palmare di dimensioni poco superiori ad un telefono cellulare che memorizza i dati e li trasmette ad un computer centrale; le informazioni (dati) rilevati sono ri-visualizzabili e consultabili sempre tramite lo stesso strumento.

Un progetto analogo lo stanno portando avanti da un anno i colleghi toscani di Prato che, in una unità di Day Surgery, hanno strutturato un progetto pilota con l'uso di un palmare ed un PC che dialogano tra loro con rete Wireless (senza fili, con onde radio), ed archiviano i dati tramite un Database relazionale multiutente (accesso di più utenti contemporaneamente alla stessa base di dati...)

Altri progetti in Italia stanno andando avanti, ed in ambiti diversi: ad esempio la Centrale Operativa "118" di Roma è completamente informatizzata, con interazione sul territorio con le ambulanze tramite GPS per la localizzazione satellitare e, tramite lo stesso sistema, inviano informazioni e dati alla Centrale e viceversa.

In altri "118" d'Italia, dove la gestione è meno complessa e dove esistono problematiche minori, si stanno sperimentando modelli di trasmissione a distanza dei parametri dei pazienti (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, e addirittura il tracciato elettrocardiografico ECG...)

Ovviamente l'ospedale "paperless", ovvero senza carta, non è fattivamente realizzabile, vuoi per la sicurezza dei dati, sia per le implementazioni legate alla normativa vigente; senza considerare l'aspetto puramente tecnico, in cui una copia di sicurezza dei dati è sempre conveniente...!

Nelle residenze sanitarie extraospedaliere vedo applicabilissimo lo strumento informatico, per poter gestire strutturatamente i dati, i parametri e la gestione assistenziale in toto e, cosa molto importante, trasmettere al Medico curante/Guardia Medica che ha in carico la gestione clinica del ricoverato i dati in tempo reale ed avere in risposta al quesito terapeutico la prescrizione sullo stesso mezzo.

Che questo sistema possa rappresentare la panacea per la discussa questione della "prescrizione telefonica del medico"???

Agli eccessi dell'informatizzazione, c'è chi mette all'asta i turni di servizio infermieristici delle strutture ospedaliere... (St. Peter Hospital).

=====

BIBLIOGRAFIA:

- AA.VV., "Qualità. Accreditamento, indicatori", Roma, Federazione nazionale Collegi Ipasvi, 1998, pp. 126
- Fabrizio Tallarita, "L'informatizzazione in sanità: l'infermiere tra realtà formative ed esigenze aziendali", Collegio Ipasvi La Spezia, 2002, Atti del Convegno omonimo.
- Sito web: "Pocket View ECG – PROCOMP" visitato il 25 maggio ore 18:07; <http://www.pocketviewecg.it/>
- Sito web: "RN Jobs home Page" visitato il 25 maggio 2004 ore 18:35; <http://stpetersjobsonline.stpetershealthcare.org/>
- AA.VV., "V Corso Nazionale Teorico Pratico per Infermieri in chirurgia ambulatoriale e Day Surgery – assistenza, aggiornamento, autonomia e responsabilità dell'infermiere", Isola d'Elba, SICADS-Collegio Ipasvi di Roma, 2004.
- Sito web "Garzanti linguistica", visitato il 25 maggio 2004 ore 15:00; <http://www.garzantilinguistica.it/>