INFERMIERE

OPI Ferrara
Rivista dell'Ordine delle Professioni infermieristiche di Ferrara

Periodico d'informazione Anno XXIX n.3 - Novembre 2018

INFERMIERE
OPI Ferrara
Rivista dell'Ordine delle Professioni infermieristiche di Ferrara
Ordine Professioni Infermieristiche

INFERMIERE COLLEGIO

Periodico dell'OPI di Ferrara - anno XXIX n. 3
Direzione, Redazione, Amministrazione: via del Naviglio 33/a - Ferrara
Tel. 0532 64302 - Fax 0532 67140 - E-mail: info@ipasvife.it
Stampa: Cartografica Artigiana - via Béla Bartòk 20/22 - 44124 Ferrara
Rivista chiusa in tipografia il 5 novembre 2018.
Poste Italiane S.p.A. - spedizione in Abbonamento Postale - DL. 353/2003
(conv. in L. 27/02 /2004 n. 46) Art. 1, comma 2, DCB Ferrara

Direttore Responsabile
Sandro Arnofi

Capo Redattore
Loredana Gamberoni

Comitato di Redazione
Andrea Menegatti
Valentina Michelini
Melissa Teodorini
Simone Vincenzi

Editore
OPI di Ferrara, Via Naviglio 33/A - 44123 Ferrara

Note redazionali

La rivista pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore/i, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e del Consiglio Direttivo. Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente o quando gli Autori parlano a loro nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili. Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non pubblicati non verranno restituiti. Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il
nome del primo, seguito da "et al" il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale. Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato all'OPI di Ferrara, Via Naviglio 33/A - 44123 Ferrara

SOMMARIO

EDITORIALE

Presidente OPI Ferrara
Sandro Arnofi
pag. 1

"HIGHLIGHTS" in PRIMO PIANO DALL'ORDINE a cura del Comitato di Redazione

Infermieri e cittadini: cosa serve per migliorare l'assistenza - I° Congresso Nazionale FNOPI -
pag. 2-3

"Gli Infermieri hanno un ruolo insostituibile e sono esperti di umanità" Il Papa incontra a Roma gli infermieri
pag. 4

Bilancio in attivo per l'OPI di Ferrara
pag. 5

Bio testamento e professione infermieristica
pag. 6-7

XII Maggio Giornata internazionale dell'Infermiere: "Gli Infermieri e le Medical Humanities"
pag. 8-9

Gli Infermieri di Ferrara alle Olimpiadi dei ragazzi a Gambulaga: entusiasmo e ORDINE!!!
pag. 10

"La Mappa del Percorso: l'infermiere nella salute, nella politica, nelle organizzazioni, la sfida che ci aspetta" X Conferenza Nazionale, Bologna
pag. 11

FORMAZIONE

La vita nelle tue mani: Primo Soccorso e BLSD: sperimentazione di un percorso formativo nelle scuole secondarie di Cento (Fe)
Tommaso Vecchi
pag. 12-15

L'assistenza infermieristica alla persona anziana con insufficienza d'organo end stage. Studio pilota nelle unità operative dell'area Medica e Medico Specialistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
Laura Capitanio
pag. 16-21

EVIDENCE BASED PRACTICE

Il manifesto EBM per migliorare l'assistenza sanitaria. Una risposta a bias sistemici, sprechi, errori e frodi nella ricerca che condizionano l'assistenza del paziente
Carl Heneghan, Kamal R Mahtani, Ben Goldacre, Fiona Godlee, Helen Macdonald, Duncan Jarvieri
pag. 22-23

NEWS

RUBRICA "UN GIORNO A CASA DI"

Gli infermieri raccontano le loro vite lavorative
Donare gli organi: un gesto che dà senso alla nostra esistenza. L'infermiere di *procurement* nel sistema donazione e trapianti di organi e tessuti
Melissa Teodorini
pag. 24-32

Editoriale del Presidente

Gentilissimi colleghi,
la **gestione della Sanità** e **la tutela della Salute** negli ultimi vent'anni, si è molto differenziata tra i vari territori anche se la direzione del cambiamento è andata sempre alla ricerca dell'efficienza. Come era già avvenuto negli anni '60 e '70 per le scuole elementari e medie che sono state unificate e quelle periferiche disattivate, anche in sanità sono iniziati forti processi di aggregazione delle strutture sanitarie in particolare per gli ospedali.
La concentrazione di questi ultimi ha reso indispensabile la creazione di servizi territoriali.
Lo slogan "la salute vicino a casa" è tuttora una richiesta della popolazione per avere servizi sanitari diffusi nel territorio per scongiurare lunghissimi viaggi necessari per ottenere le prestazioni.
Le case delle salute nella nostra Regione hanno cercato di fornire una risposta a questi problemi prendendosi cura delle persone nei loro luoghi di vita ed offrendo servizi diffusi per i bisogni del cittadini. Non solo un luogo dove trovare tanti ambulatori specialistici, ma anche percorsi diagnostico terapeutici per la cure della persona dove gli infermieri fanno i "registi" per le attività necessarie all'utente.
Le prime proposte di Case della Salute in Emilia Romagna furono annunciate attorno al 2010, con l'obiettivo di migliorare la presa in carico delle persone, garantire la prossimità delle cure, la continuità assistenziale e fornire risposte globali al bisogno di salute di tutti i cittadini che avrebbero dovuto frequentare gli ospedali solo per i problemi acuti.
Facendo un bilancio dopo 8 anni, la realtà provinciale è ben lungi dall'essere uniforme e consolidata; in alcune zone sono perfettamente funzionanti e riconosciute, in altre sono ancora in "costruzione". Il punto di forza di questa struttura consiste nell'organizzazione della presa in carico e nell'approccio multi disciplinare alla persona e nella valutazione dei risultati sanitari; ciò diventa possibile quando i vari professionisti con le loro culture professionali decidono di collaborare insieme per il paziente.
Un ruolo fondamentale all'interno delle case della salute è svolto dalle assistenti sociali che intercettano ed orientano la popolazione fragile maggiormente afflitta da problemi sociali come la povertà, l'isolamento e invecchiamento; tutti elementi che se non contrastati finiscono per diventare problemi sanitari.
A Ferrara la popolazione è molto anziana, ed è affetta dalle comuni patologie croniche degenerative (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio, demenze).
I malati cronici sono i maggiori utilizzatori della risorsa sanitaria, in modo particolare le prestazioni diagnostiche sanitarie specialistiche, alle quali si ricorre talvolta più per tranquillizzarsi che non per una vera necessità.
Nelle case della salute gli infermieri sono gli attori principali nel prendersi cura dei pazienti cronici seguendo l'inserimento nei percorsi più adeguati come ad esempio nel percorso dello scompenso cardiaco, delle bronco pneumopatie croniche

Il Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara
Sandro Arnofi

ostruttive ed altro ancora.
Le case della salute potrebbero determinare una **"trasformazione strutturale"** dell'organizzazione del lavoro sul territorio, capace di erogare prestazioni sanitarie appropriate, evitare visite ripetute, coordinare i vari controlli, verificare i trattamenti e la loro efficacia ed educare i pazienti sugli stili di vita e sui comportamenti, ma anche capace di sviluppare contestualmente progetti a carico dei servizi sociali in quanto le persone fragili povere, anziane e malate, aldilà della malattia hanno molti problemi originati dalla loro condizione di fragilità.
l'infermiere è la figura centrale in un'organizzazione di questo tipo, ma noi infermieri siamo in grado di proporci in questa veste alle amministrazioni comunali? Alle aziende sanitarie?
Siamo capaci di misurare la qualità della salute della collettività che in queste forme gli infermieri potrebbero offrire?
Oggi assistiamo ad una campagna mediatica che ci fa pensare anzi che ci convince che il nostro paese ha bisogno di molti più medici all'interno del servizio sanitario pubblico.
Se valutiamo i numeri e la composizione della nostra società, non solo non abbiamo bisogno di medici tranne in alcune specialità, ma al contrario, abbiamo molto bisogno di personale di assistenza come infermieri ed altre figure sul territorio. È evidente che la campagna di stampa che riguarda la carenza di medici, è finalizzata ad ottenere un buon contratto di lavoro nella sanità pubblica, contratto che non viene rinnovato dal 2010 e non per autentico amore verso il SSN.
Se guardiamo i numeri, il nostro Paese è quello che dopo la Grecia ha il maggior numero di medici tra tutti i paesi dell'Unione Europea rispetto la popolazione. L'attesa di vita ha raggiunto gli 80 anni per gli uomini ed 85 anni per le donne ed è l'aspettativa più alta in Europa, ma le patologie invalidanti ci colpiscono prima degli altri paesi quindi non è solo la clinica che può fare salute, ma anche l'assistenza, la prevenzione, la protezione e la promozione della salute.
Per sostituire tutti i medici che vanno in pensione lasciando le organizzazioni sanitarie invariate serviranno tantissimi medici che continueranno ad erogare prestazioni per acuti a persone che sono afflitte da patologie croniche, rendendo insostenibile la spesa sanitaria pubblica orientando sempre più verso un sistema privato.
Dobbiamo capire ed arrivare a modificare le organizzazioni sanitarie pubbliche potenziando le casa della salute e le forme simili, modificando il ruolo dei medici e in particolare quelli di medicina generale ed anche di continuità assistenziale o guardia medica come si definiva qualche tempo fa, permettendo una migliore espressione della competenza clinica.
Non sarà sufficiente chiedere più infermieri per fare i turni in ospedale o fare l'assistenza domiciliare delle persone come si faceva 30 anni fa, occorre avere modelli di assistenza e nuove organizzazioni capaci di convincere in primis la collettività. Oggi lo stanno facendo i medici che chiedono di essere sostituiti lasciando tuttavia invariate le organizzazioni. Noi dobbiamo cercare il cambiamento contro lo status quo perché le persone sono cambiate ed hanno esigenze diverse e noi possiamo occuparcene meglio.
La professione si è molto evoluta e molti comprendono che il futuro dell'infermiere sarà nel territorio tuttavia abbiamo ancora la necessità di migliorare il nostro modo di fare e di promuovere la salute fuori dalle mura ospedaliere. E' quindi necessario realizzare le specializzazioni infermieristiche perché la società è diventata più esigente, i bisogni sono aumentati e dobbiamo sapere valutare cosa serve ad una persona o una famiglia perché spesso l'interessato non ha la capacità di analizzare il proprio bisogno.
La gestione di una persona non autosufficiente, ad esempio, non necessita solo della figura dell'infermiere ma anche dell'assistente sociale e dell'operatore socio sanitario, del fisioterapista ed anche del geriatra; è per questo che l'infermiere di famiglia oppure di comunità, potrà diventare strategico per queste valutazioni in quanto il medico di medicina generale fino ad ora ha dato il suo contributo quasi esclusivamente dal punto di vista clinico ma non assistenziale. Il paziente disidratato viene idratato ma se quella condizione è nata per l'isolamento, la povertà o il declino cognitivo, va affrontata in modo multiprofessionale.
L'infermiere accoglie, focalizza il bisogno o il problema della persona, fornisce indicazioni, somministra le terapie prescritte, pratica flebo ed intramuscolo, medicazioni, educazione sanitaria e si raccorda con le assistenti sociali e gli altri servizi sanitari compreso nella fattispecie della realtà Ferrarese il centro unico di dimissioni ospedaliere e di continuità assistenziale che permette di rendere disponibili i letti degli ospedali, favorendo la dimissione, ma occupandosi di trovare per il paziente dimesso il luogo più idoneo per la prosecuzione delle cure o al domicilio.
Sviluppare questa strada richiede un nuovo modo di sentire la professione, a partire dai luoghi della formazione. Il SSN è di fronte ad una svolta per garantire salute e sostenibilità e questo è il progetto che vuole sostenere fortemente l'OPI di Ferrara!

Sandro Arnofi

Infermieri e cittadini: dal Congresso FNOPI cosa serve per migliorare l'assistenza

I° Congresso Nazionale FNOPI - ROMA, 5-6-7 marzo 2018

A cura del Comitato di Redazione

Il primo Congresso della Federazione Nazionale degli Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) si è svolto a Roma all'Auditorium Parco della Musica, dal 5 al 7 marzo con 3.500 partecipanti. L'evento ha battezzato il passaggio da Collegio ad Ordine come promesso in apertura dalla Presidente Barbara Mangiacavalli è stato "un Congresso non con gli infermieri, ma degli infermieri". Emblematica la scelta dell'immagine e dello slogan del Congresso . "Noi infermieri.
La nostra impronta sul sistema salute". Impronta che gli infermieri danno all'assistenza, gestendola secondo l'uso ottimale delle risorse, sempre più spesso scarse e garantendo risposte coerenti alle necessità della collettività con la massima appropriatezza clinica ed organizzativa.
In apertura sono stati presentati tutti i Presidenti degli Ordini delle Province d'Italia tra cui **Sandro Arnofi, Presidente dell'Ordine degli Infermieri di Ferrara e neo eletto Revisore dei Conti per il triennio presso la Federazione Nazionale (FNOPI)**.
Il Congresso ha messo in evidenza le capacità della professione presentando alcuni dei migliori progetti di best practice di impronta infermieristica restituendo un forte senso di identità e di comunità professionale.

Le tematiche del Congresso rappresentate come nei più moderni talk, sono state:
1) **"Infermieri e cittadini: esercitare guardando al futuro"**. La richiesta dei cittadini italiani è di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio, attraverso il servizio sanitario ed aiutare le famiglie nell'acquisto privato, anche tramite meccanismi di mutualità e assicurativi. È stata creata una consulta con le associazioni dei cittadini, alleati dello sviluppo dell'infermieristica nel territorio.
2) **"Mondo del lavoro: esercitare in sicurezza"**. Sono stati rappresentati il tema della dignità professionale, si è parlato del contratto che purtroppo non risponde a requisiti fondamentali quali la possibilità di carriera per tutti e il recupero retributivo, ospiti anche le principali sigle sindacali.

3) **"Esercitare in partnership con le altre professioni"** è il tavolo in cui dopo una serie di riflessioni da parte di tutti i Presidenti presenti, è scaturito forte il pensiero, che per poter esercitare in partnership con le altre professioni, è indispensabile che la Federazione si occupi della fragilità del ruolo, fragilità che si potrà contrastare documentando e certificando gli esiti dei nostri processi assistenziali, riconoscendo e valorizzando le nuove competenze attivando specifici percorsi di certificazione e ove necessario modificando la normativa vigente.
4) **"Esercitare al massimo delle potenzialità"** questo sviluppando un sistema di formazione continua che offra maggiori garanzie qualitative, un corpo docenti all'interno degli Atenei in numero adeguato al numero dei nostri corsi di laurea, creare nuove forme di specializzazione, partendo da quelle clinico-assistenziali. Investire su centri di eccellenza, implementando la rete degli esperti e favorire la crescita della scienza in infermieristica.

Molto applaudito il breve intervento e saluto di Annalisa Silvestro, Senatrice della Repubblica Italiana e "Infermiera", come lei stessa dice, "per una vita intera". Prenderà un po' di tempo per sé ma non abbandonerà la professione e ha ricordato che per cambiare i paradigmi della sanità bisogna sottolineare la rilevanza sociale del ruolo dell'Infermiere e che "tocca agli infermieri cambiare le cose".
Le rivolgiamo un grande ringraziamento certi che rimarrà un punto di riferimento per tutta la professione.
Al termine dell'evento la Presidente Mangiacavalli ha riassunto le urgenze tra le quali spicca quella della carenza di infermieri.
"Mancano Professionisti, mancano anche gli infermieri, tutti lanciano il loro grido di allarme, nessuno si sottrae. A mancare, però, è soprattutto un serio ed equilibrato rapporto tra i professionisti che si realizzi attraverso lo sviluppo delle competenze. Il Paese - ha proseguito Mangiacavalli - ha bisogno di infermieri e di infermieristica. Eppure il SSN vede un costante decremento del numero di professionisti in Sanità e conseguentemente una sempre minore capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Su questa impostazione la comunità degli infermieri chiama a un confronto esplicito la politica Nazionale e Regionale".
i cittadini apprezzano e stimano gli infermieri, vorrebbero che ce ne fossero di più e che fossero più vicini, senza burocrazia... E hanno ragione, visto che ne mancano almeno 20mila in ospedale e 30mila per rendere efficiente l'assistenza continua sul territorio.

"Gli Infermieri hanno un ruolo insostituibile e sono esperti in umanità"

Il Papa incontra gli infermieri, Roma, 3 marzo 2018

a cura del comitato di redazione

Puntualissimo Papa Francesco, a mezzogiorno ci appare alle spalle della navata centrale dell'auditorium, le sue guardie lo accompagnano e il fragore dell'entusiasmo di tutti gli astanti soffoca pian piano i bisbigli.

Ci riversiamo tutti ai bordi del corridoio, chi non riesce a dispetto dell'educazione e del rispetto del luogo sale in piedi sulle sedie per poterlo vedere. Tanti gli applausi, le voci.

Il Papa saluta tutti e raggiunge il palco. "Sono lieto di incontrarvi e, prima di tutto, vorrei esprimervi la mia riconoscenza e la mia stima per il lavoro così prezioso che svolgete verso tante persone e per il bene di tutta la società. Grazie, grazie tante!" Così, Papa Francesco nell'aula Paolo VI del Vaticano ha salutato i 6.500 Infermieri provenienti da tutta Italia, fra questi una piccola ma significativa rappresentanza di infermieri di Ferrara coordinati dall'OPI di Ferrara e dal suo Presidente, Sandro Arnofi.

"Davvero insostituibile il ruolo degli infermieri - ha detto il Papa - nell'assistenza al malato al pari di nessun altro, l'infermiere ha una relazione diretta e continua con i pazienti, se ne prende cura quotidianamente, ascolta le loro necessità ed entra in contatto con il loro stesso corpo, che accudisce".

Papa Francesco rivolto agli infermieri ha sottolineato:"prendendovi cura di donne e di uomini, di bambini e anziani, in ogni fase della loro vita, dalla nascita alla morte, siete impegnati in un continuo ascolto, teso a comprendere quali siano le esigenze di quel malato, nella fase che sta attraversando.

Davanti alla singolarità di ogni situazione, infatti, non è mai abbastanza seguire un protocollo, ma si richiede un continuo sforzo di discernimento e di attenzione alla singola persona.

Tutto questo fa della vostra professione una vera e propria missione e di voi degli esperti in umanità. Chiamati ad assolvere un compito insostituibile di umanizzazione in una società distratta, che troppo spesso lascia ai margini le persone più deboli, interessandosi solo di chi "vale", o risponde a criteri di efficienza o di guadagno".

"La tenerezza è la "chiave" per capire l'ammalato ed è anche una medicina preziosa per la sua guarigione.

E la tenerezza passa dal cuore alle mani. Con la durezza non si capisce l'ammalato".

Il Papa non ha dimenticato i problemi che tutti i giorni affrontano gli infermieri nel loro agire quotidiano, e non ha risparmiato un rimprovero a chi gestisce e programma la sanità.

"Non stancatevi mai di stare vicini alle persone con questo stile umano e fraterno, trovando sempre la motivazione e la spinta per svolgere il vostro compito. Siate anche attenti, però, ha affermato con forza, a non spendervi fino quasi a consumarvi, come accade se si è coinvolti nel rapporto coi pazienti al punto da farsi assorbire, vivendo in prima persona tutto ciò che accade loro.

Quello che svolgete è un **lavoro usurante**, oltre che esposto a rischi, e ad un eccessivo coinvolgimento, unito alla durezza delle mansioni e dei turni, potrebbero farvi perdere la freschezza e la serenità che vi sono necessarie. State attenti!"

"Bilancio in attivo per l'OPI di Ferrara"

Assemblea degli iscritti OPI di Ferrara, 17 marzo 2018

a cura del comitato di redazione

Si è tenuta il 17 marzo l'Assemblea degli Iscritti dell'OPI di Ferrara presso l'Aula Magna dell'Ospedale S. Anna di Cona. Ai 160 partecipanti, a sorpresa, è stato chiesto di scegliere, attraverso la compilazione di una scheda, il **nuovo logo della Rivista** tra quelli proposti: **Castello**, Bicicletta, Duomo. La necessità di sostituire il titolo della Rivista nasceva dal fatto che il vecchio titolo riportava la dicitura "Infermiere Collegio" superata, oggi dalla nuova configurazione in Ordine.
Il **Castello è stato votato con una percentuale del 57%** ed è oggi il logo nella prima pagina della nuova Rivista Infermiere.

La giornata inizia con la presentazione del Bilancio 2017 tenuta dal Tesoriere Giovanni Sandri e la presentazione del Bilancio di previsione per l'anno 2018 tenuta dal Revisore dei Conti Paolo Scalambra.

Il bilancio è consultabile sul sito dell'OPI di Ferrara al link:
http://www.ipasvife.it/bilancio/

"Bio testamento e professione infermieristica"

Assemblea degli iscritti OPI di Ferrara, 17 marzo 2018

a cura del comitato di redazione

Al termine dell'Assemblea degli iscritti si è tenuto il seminario dal titolo: "La Professione Infermieristica e il bio testamento: una legge da gestire con molta umanità". L'argomento trattato è di estrema attualità per la professione a seguito dell'entrata in vigore della **Legge del 22 dicembre 2017, n. 219,** norme in materia di consenso informato e di **Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)**.
Il primo incontro ha voluto fornire un approfondimento, considerando anche le diverse visioni ideologiche analizzando la norma e le implicazioni sull'agire professionale quotidiano e nel contempo, esaminare l'attuale codice deontologico della professione alla luce del nuovo tracciato.
La giornata di studio, alla quale sono intervenuti oltre 160 infermieri, è stata introdotta dalla collega Gloria Gianesini, Consigliere dell'OPI di Ferrara, che ha identificato le principali linee della legge, in ottemperanza al principio all'autodeterminazione di ogni persona:

- la necessità del **consenso libero e informato per qualsiasi trattamento sanitario**
- **il diritto di abbandono delle cure**
- **diritto a rifiutare in tutto o in parte le terapie o di revocare il consenso ad esse**

Il Presidente dell'OPI di Ferrara, Sandro Arnofi, ha incentrato il suo intervento sulle **ricadute della legge sulla deontologia professionale,** per ogni infermiere è importante non perdere mai di vista il proprio mandato professionale e i valori della professione come il prendersi cura dell'altro.
Sono intervenuti alcuni ospiti tra i quali il Professor Rosario Cultrera, Infettivologo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, che ha in qualità di Presidente della sezione di Ferrara dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI), fornito una lente diversa per analizzare la legge, secondo i principi della religione cattolica e la Professoressa Maria Rosa Gaudio che ha spiegato cosa cambia, quali opportunità e quali limiti presenta la legge.
A chiudere la giornata Andrea Menegatti Tutor Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Ferrara e Revisore del Conti dell'OPI di Ferrara, che ha focalizzato l'attenzione su ciò che la Legge determina nella prassi.
Al termine degli interventi si è sviluppata una "tavola rotonda" molto partecipata dalla quale sono emersi alcuni importanti concetti più o meno condivisi dai relatori intervenuti e dalla platea.
In particolare sono affiorati alcuni punti di forza del tracciato normativo partendo dal fatto che **nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato dell'individuo** interessato, fino al concetto che ogni persona maggiorenne capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi terapia anche salvavita o di revocare, in qualsiasi momento il consenso prestato.
Il potere decisionale è del paziente e il medico e gli operatori sanitari devono solo facilitare la presa di decisione che deve essere del malato, nell'ambito di una relazione di cura e fiducia.
Per prendere decisioni consapevoli la normativa evidenzia che ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata adeguatamente o addirittura di non esserlo se lo ritiene opportuno.
Sono emersi però anche alcune criticità che rendono la legge sul "Bio testamento" difficilmente applicabile per la complessità delle attuali organizzazioni ma anche perché il legislatore ha una concezione dei servizi ancora basata sul "centralismo medico".
Nella cronicità e nel fine vita dove i malati hanno la necessità di essere presi in carico, prevalentemente assistiti e non curati, l'assistenza è effettuata da una pluralità di professionisti, non solo dal medico, e l'infermiere e gli altri professionisti prendono in carico il paziente dal momento della diagnosi e per tutto l'iter correlato alla patologia affrontando i bisogni che ne derivano. L'infermiere rimane al fianco del malato molto più tempo rispetto al medico, ma la nuova norma non fa nessun riferimento all'infermiere.

L'infermiere e gli altri operatori per la nuova norma non hanno nessuna prerogativa nel raccogliere la volontà del malato e non vengono mai considerati con tale finalità, venendo citati solo per la loro rilevanza nel mettere in pratica la volontà del paziente che comunque viene raccolta e recepita dal medico.
E' evidente che nessuna professione, nemmeno quella medica, è in grado di rispondere da sola ai bisogni di salute della popolazione con problematiche così complesse e sarebbe quindi fondamentale un approccio multiprofessionale, soprattutto per queste importanti questioni con ricadute etico-deontologiche.
Oltre a ciò, all'interno della legge 219, solo la relazione tra medico e paziente viene considerata tempo di cura, ma la comunicazione è una funzione di cura di ogni professionista che la esercita da solo e con gli altri.
Per quanto riguarda poi l'ambito del fine vita, la norma con le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) non fa altro che confermare quello che avveniva già precedentemente, cercando di anticipare gli eventi con la "Pianificazione condivisa alle cure" con l'informazione preventiva del malato e dei famigliari, identificando una modalità operativa sostenuta dalla volontà del malato stesso.
Un'altra criticità che potrebbe emergere è collegata alla diffusione delle disposizioni impartite dal malato tramite Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT). Chi accoglie il malato al momento del ricovero o presa in carico, dovrebbe indagare se esistono delle DAT alle quali uniformarsi ma nel contempo, vi è la necessità che vengano socializzate con gli altri medici e con il restante personale sanitario della struttura auspicando lo sviluppo di "strumenti" informativi adeguati per una reale trasmissione delle informazioni non ancora individuati.
Sarebbe necessario quindi lo sviluppo di banche dati elettroniche con un aggiornamento continuo del fascicolo sanitario elettronico e della cartella clinica informatizzata.
Stante il limite della nuova Legge è auspicabile che l'infermiere faccia il possibile, attraverso l'ascolto e la relazione, per far emergere la volontà del paziente e per fare in modo che la medesima sia registrata. L'infermiere avrebbe in questo senso una funzione importantissima di tutela della volontà del malato.
La conclusione del dibattito è avvenuta intorno alle ore 14.00 a dimostrazione dell'interesse suscitato dal dibattito.

"Giornata Internazionale dell'Infermiere"

Gli Infermieri e le Medical Humanities, 12 maggio 2018 - Ferrara

a cura del comitato di redazione

Per celebrare la Giornata internazionale dell'Infermiere nel giorno della nascita, 12 maggio 1820 di Florence Nightingale, fondatrice dell'Infermieristica moderna, l'Ordine di Ferrara ha organizzato un seminario dal titolo "Gli Infermieri e le Medical Humanities" per approfondire tematiche che riguardano la relazione di cura con i cittadini assistiti dalle strutture sanitarie e dai professionisti che vi lavorano.

L'incontro è stata l'occasione per interrogarsi su quale strada vuole percorrere l'infermieristica odierna: verso le Medical Humanities (MH) o più semplicemente verso un percorso di relazione più autentica con i cittadini che utilizzano il servizio sanitario. Durante il seminario sono state analizzate le modalità con le quali l'organizzazione risponde alla richiesta di erogare le migliori pratiche sia in ambito tecnico che relazionale.

Fra gli Intervenuti Susanna Ponti, Tutor Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica Università degli studi di Ferrara ci ha regalato alcune riflessioni nella sua relazione dal titolo "La professione Infermieristica con quale voce si vuole porre

rispetto al tema".

L'assistenza infermieristica è un ponte d'umanità, una relazione che Incontra, Accoglie, Comprende, Supporta, Accompagna, Cura. L'infermiere quotidianamente rende testimonianza dell'umano, l'assistenza infermieristica vive nel qui e ora e attraverso il proprio compito disciplinare si veste di responsabilità declinando il proprio assetto valoriale nel codice deontologico realizzandolo nell'irripetibile incontro con l'altro. "Dalle Medical Humanities, dice Ponti, ci si aspetta una correzione di rotta che ridia slancio all'incontro tra cultura umanistica e cultura scientifica per promuovere scienze della salute che sappiano curare e prendersi cura, assicurare cure efficaci dal punto di vista biologico ma anche rispettose di tutta la molteplicità dei bisogni umani."

"Oggi più che mai, dice Susanna

Ponti, anche in Italia, stiamo attraversando un'epoca di ripensamento e di adeguamento delle concezioni scientifiche più serrate e promotrici di uno scientismo assoluto nell'ambito delle scienze della salute. Forte è lo stimolo, proveniente dall'interno e dall'esterno del sistema sanità, a riflettere sull'opportunità di considerare la medicina come una disciplina multidimensionale e interdisciplinare.
Oggi la cura, fondata sul paradigma evidence based, garante di rigore metodologico che afferma lo statuto epistemologico della medicina quale scienza esatta, è spinta a trasformarsi in aver cura cioè "atto integrato" fondato sul sapere di diverse discipline che di salute si occupano, costruito grazie al contributo dei diversi professionisti che nel mondo della salute operano e arricchito da cognizioni non solo mediche, ma anche di carattere psicologico, etico e filosofico".

Mauro Taglioni, Direttore delle Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, ha risposto attraverso la sua relazione dal titolo sfidante "Umanizzazione e complessità: un binomio possibile?" .
"Si, risposta scontata" dice Mauro Taglioni, "per il management c'è un duplice focus: il paziente al centro e i professionisti coinvolti e valorizzati. Il rispetto dei due interlocutori del rapporto professionale, l'uomo come destinatario del servizio professionale e l'uomo come professionista".
Alla base del principio dell'umanizzazione sta riportare la persona assistita al centro del Sistema Sanitario nella sua globalità di essere umano perché tutto quello che viene fatto deve essere finalizzato alla persona. Il termine di umanizzazione assume un significato molteplice, che può essere tradotto con i concetti di accoglienza, ospitalità, comprensione ed informazione.
Va intesa come l'insieme dei comportamenti acquisiti e fatti propri dal Sistema Sanitario per fornire un servizio rispettoso delle esigenze relazionali delle persone che vi accedono, senza trascurare gli aspetti organizzativi, burocratici e strutturali.
La complessità oggi è dovuta a molti fattori, il cambiamento delle caratteristiche demografiche, socio culturale della popolazione, l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, l'applicazione delle biotecnologie nel campo diagnostico e terapeutico ed infine lo svilupparsi di una cultura del benessere.
Sono sempre più complessi i pazienti, le domande rivolte ai servizi sanitari, i prodotti delle attività sanitarie, il rapporto tra pazienti e professionisti sanitari.
Bisogna saper gestire la complessità e prima ancora bisogna saper stare nell'incertezza perché l'incertezza domina i sistemi complessi. L'integrazione interprofessionale, prerequisito per garantire una risposta ottimale al paziente è il modo per stare nell'incertezza e quindi nella complessità.
La dimensione assistenziale in questo senso è sempre più decisiva.
L'approccio multi professionale è quindi fondamentale poiché consente di mettere in campo le competenze di ciascun professionista nel definire il percorso più appropriato, fin dalla fase delle valutazioni iniziale del paziente.
L'organizzazione è fatta di strutture, tecnologia, norme e procedure, strumenti hard come analisi statistiche, progetti, interventi strutturali e tecnici, metodologia. Ma è anche e soprattutto costituita da persone con le loro percezioni, vissuti e interazioni, persone che devono costantemente apprendere e mettersi in discussione per modificare il loro modo di operare quando i mutamenti ambientali o culturali lo impongono.
Perciò, conclude Taglioni, occorrono anche strumenti soft, quali una comunicazione basata sull'ascolto e la reciprocità, il lavoro di gruppo, le riunioni, la formazione permanente e tutto ciò che serve per stimolare la motivazione di tutti i propri collaboratori.

"Gli Infermieri di Ferrara alle Olimpiadi: entusiasmo e ORDINE!!!"

26 e 27 maggio - Gambulaga (Ferrara)

a cura del comitato di redazione

XXXIII Olimpiade dei ragazzi quella che si è tenuta quest'anno a Gambulaga, centinaia di bambini partecipano ai giochi olimpici e trascorrono con le loro famiglie 3 giornate all'aperto.
L'Ordine degli Infermieri di Ferrara ha voluto essere presente per il primo anno con gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Pieve di Cento(BO) per presentarsi ai bambini ai loro genitori ed ai nonni e per raccontare chi è e cosa fa l'infermiere.
È stato organizzato un gazebo all'interno del campo in cui alcuni Infermieri e studenti hanno fatto conoscere la professione infermieristica attraverso iniziative come il "Triage del pupazzo" per affrontare attraverso il giocattolo la medicazione delle piccole ferite, una corretta alimentazione ed i motivi per cui non bisogna fumare. Inoltre con gli adulti sono stati affrontati temi come il diabete, l'ipertensione e il colpo di calore dando spiegazioni e suggerimenti per prevenirli o controllarli.
Nelle due giornate sono state distribuite magliette con il logo dell'OPI di Ferrara e la scritta Infermiere, palloni e sono state regalate mele, donate dalla Cooperativa Mazzoni.

Questa "Olimpiade dei Giovani 2018" a Gambulaga è stata anche l'Olimpiade degli studenti infermieri che, al termine di questa esperienza, dicono di aver vinto la loro medaglia d'oro.
Calarsi tra le persone e far conoscere la professione e la professionalità aumentando la consapevolezza delle persone dall'interno della comunità e non solo nel contesto istituzionale, è la più grande vittoria! La voce degli studenti: "Ci siamo imbattuti in uomini, donne, anziani e bambini… ognuno di loro con un proprio stile di vita e con le proprie curiosità.
Abbiamo avuto modo di discutere con molti adulti, ragazzi e bambini circa i problemi legati al fumo o alla cattiva alimentazione; abbiamo insegnato ai più piccoli come comportarsi in caso di ferite e come medicarsi… in poche parole la vera e propria prevenzione e promozione alla salute. Confidiamo che la curiosità nata in questi giorni negli occhi di quei bambini possa trasformarsi nel loro futuro lavoro".
Durante queste giornate gli studenti hanno partecipato al fianco degli infermieri a tutte le iniziative e preparato i gadget da regalare, perché, si sa, i bambini amano i premi!
Hanno partecipato: Briganti Antonella, Del Prete Raffaella, Guida Cosimo, La Mendola Alessandro, Vaccari Alessia, studenti del 3° anno Corso di laurea in Infermieristica Università di Ferrara (sede di Pieve di Cento).

La Mappa del Percorso: l'infermiere nella salute, nella politica, nelle organizzazioni, la sfida che ci aspetta

"X Conferenza Nazionale", 22 giugno - Bologna

a cura del comitato di redazione

Si è tenuto a Bologna l'iniziativa rivolta ai Presidenti degli OPI, ai Direttori e Dirigenti Infermieri, ai Professori Med 45, ai Direttori e Coordinatori dei Corsi di Laurea in infermieristica e ai Presidenti delle Società Scientifiche Infermieristiche.

La giornata è stata occasione di confronto e dibattito per fare il punto sull'evoluzione del contesto normativo, politico e socio sanitario evidenziando l'inevitabile impatto sull'organizzazione dei servizi. In questo quadro, la FNOPI ha voluto promuovere una riflessione sugli aspetti che coinvolgono la classe "dirigente" della nostra professione nel contribuire a ridisegnare non solo l'organizzazione delle realtà socio sanitarie ma dell'infermieristica tutta, che mai, come negli anni che ci aspettano, rappresenta la professione che sarà capace di influenzare un nuovo sistema di produzione ed erogazione di servizi alla persona o di farsi influenzare passivamente se non metteremo in campo azioni sinergiche e condivise. In quest'ottica la dirigenza può e deve rappresentare l'elemento cardine per la promozione non tanto della modernizzazione del sistema sanitario ma di un suo profondo ripensamento paradigmatico, con uno sguardo attento e consapevole ai modelli europei, alla politica sociale, economica e professionale.

La vita nelle tue mani: Primo Soccorso e BLSD

Sperimentazione di un percorso formativo nelle scuole secondarie di Cento

Tesi di laurea di: Tommaso VECCHI. Corso di laurea in Infermieristica Università di Ferrara (sede di Pieve di Cento - Bo) AA 2016/17. Relatrice: dott.ssa Lina di Renzo

Premessa

L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica che comprende diversi campi: cura, prevenzione, riabilitazione e palliazione, nella prevenzione si annovera la funzione educativa e di promozione della salute; con l'educazione sanitaria si vuole responsabilizzare i cittadini alla difesa della salute propria e altrui, favorendo il cambiamento di abitudini e stili di vita ritenuti non sani, la funzione educativa diventa il miglior modo per raggiungere uno stato di benessere fisico e sociale collettivo. L'attività educativa ha infatti come scopo quello di intervenire, attraverso un'azione attiva da parte dell'infermiere sui bisogni educativi della popolazione al fine di garantirne le migliori condizioni di salute. Ciò nonostante, promuovere un cambiamento in grado di modificare la qualità di vita delle persone è un compito assai difficile, soprattutto in termini di educazione e promozione della salute, poiché si va ad incidere sulla personalità dell'individuo, oltre che sulle sue conoscenze e motivazioni. Proprio per questo motivo, l'infermiere, così come poche altre figure professionali, può essere determinante.

Un altro documento nel quale viene citata l'importanza dell'educazione alla salute da parte dell'infermiere è il Codice Deontologico. La necessità di un codice deontologico per gli infermieri viene per la prima volta presa in considerazione nel Febbraio del 1959. Da allora e, grazie a diverse dinamiche e modifiche che sono avvenute nel corso degli anni, viene approvato nel 1999 un nuovo codice che resterà in vigore fino al 2009, data in cui viene redatto l'attuale codice, ora in via di revisione.

Il concetto di salute che ancora viene utilizzato vede le sue origine nel lontano 1948 da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1978 sempre l'OMS ribadisce, con la Dichiarazione di Alma Ata, il concetto di salute dando il via ad una diversa e nuova prospettiva di sanità pubblica, richiamando l'attenzione sull'importanza della prevenzione nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali e internazionali, così come all'interno dei sistemi sanitari nazionali. Nel 1984 vengono gettate le basi concettuali della promozione della salute e più tardi, il 21 Novembre del 1986, viene adottata una carta sulla promozione della salute: la Carta di Ottawa. Essa individua tre strategie fondamentali per la promozione della salute che sono: *advocating, mediating ed enabling*. Circa dieci anni dopo, nel 1997 si svolge a Jakarta la 4° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute dal titolo "Nuovi attori per una nuova era: introdurre la promozione della salute nel 21° secolo", mentre l'anno successivo, nel 1998, la WHO (World Healt Organization) definisce la promozione della salute come "*il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute e sui suoi determinanti, e quindi migliorare la salute delle persone stesse*".

Il Primo soccorso

Parlando di legislazione sul primo soccorso si fa riferimento al Decreto Ministeriale 15 Maggio del 1992 nel quale vengono per la prima volta definite quali sono le modalità di pronto intervento da parte della sanità italiana, nonché i criteri e i requisiti per la codificazione degli interventi in emergenza.

Un punto importante sul quale è doveroso soffermarsi riguarda l'utilizzo del defibrillatore in sede extra-ospedaliera previsto dalla legge 3 Aprile 2001, secondo la quale ogni cittadino che abbia ricevuto un'adeguata formazione di rianimazione cardiopolmonare è in grado prestare soccorso utilizzando il defibrillatore, senza commettere reato o abuso della professione medica. Con la legge del 23 Febbraio 2006 invece viene affermato che la formazione del personale sanitario non medico e del personale non sanitario può essere svolta anche da organizzazioni medico scientifiche senza scopi di lucro, nonché dagli enti operanti nel settore dell'emergenza sanitaria. Viene quindi incentivata sia la formazione della collettività in caso di arresto cardiaco, sia la presenza dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extra-ospedaliero.

Infatti, secondo i dati raccolti dall' ERC (*European Resuscitation Council*) in Europa muoiono oltre 400.000 persone ogni anno per arresto cardiaco, delle quali oltre 60.000 solo in Italia. Sono cifre estremamente spaventose, ma altresì importanti in quanto possono sensibilizzare l'opinione pubblica sulla necessità di una maggiore istruzione nell'ambito della rianimazione cardiopolmonare. Spesso i sistemi tradizionali di soccorso non arrivano in tempo per eseguire con successo l'unica terapia in grado di ristabilire la normale attività cardiaca, ovvero la defibrillazione elettrica applicata in tempi brevi, i motivi sono legati al traffico, alle distanze ecc, ma in caso di arresto cardiaco siamo in presenza di una seria e decisiva lotta contro il tempo. Un miglioramento del tasso di sopravvivenza lo si ottiene quando coloro che assistono al malore sono in grado di riconoscerne la gravità, dandone tempestivamente l'allarme e riuscendo a fornire correttamente i dati sullo stato in cui si trova la persona.

Il progetto formativo nelle scuole

È proprio per questo motivo che la scelta della tesi mi ha portato a intraprendere un progetto sulle manovre di primo soccorso e sull'insegnamento del corretto utilizzo del defibrillatore: per sensibilizzare il pubblico giovanile a questo argomento tanto importante quanto poco trattato. Attraverso questa tesi sono infatti riuscito ad analizzare i

benefici che si avrebbero con la diffusione a tutta la popolazione delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare. Aumentare la percentuale di testimoni adeguatamente addestrati dal 15% al 60% permetterebbe di salvare circa 100.000 persone all'anno, per questo motivo è di fondamentale importanza intervenire su tutte le persone, partendo dai giovani. Non risulta infatti strano che un adolescente possa perdere i sensi durante un normalissimo giorno di scuola; in quel caso i compagni sarebbero pronti ad aiutarlo? Ma soprattutto, ne sarebbero capaci? Questa tematica ha smosso in me un profondo desiderio di attuare un progetto di educazione alla salute sulla rianimazione cardiopolmonare e sull'utilizzo del defibrillatore semiautomatico nei giovani delle scuole.

Per l'analisi dei bisogni è stata effettuata una ricerca su 154 studenti delle classi 4° e 5° del Liceo Scientifico-Tecnologico "ISIT Bassi-Burgatti" di Cento, somministrando loro un questionario con l'intento di sondare il livello di preparazione in merito all'argomento. Dall'analisi delle risposte ne è emerso che i ragazzi hanno un'idea generalmente corretta riguardo al sistema di soccorso e che la maggior parte di essi saprebbe effettuare correttamente una chiamata di emergenza. Tuttavia si denota come solamente in maniera approssimativa si conosca il comportamento da tenere durante l'attesa dei mezzi, infatti la maggior parte di essi non saprebbe come gestire una persona priva di sensi. Come se non bastasse, grandi lacune sono emerse anche in merito al contenuto del BLSD, sia sulle generalità che sulle specificità. Appunto per questo ho deciso di pianificare ed attuare un intervento di educazione alla salute: per educare i ragazzi delle scuole superiori a gestire un caso di arresto cardiaco, sensibilizzandoli sulle conseguenze che potrebbero verificarsi nell'eventualità di mancanza di conoscenze.

Il progetto formativo è composto di una parte teorica e una pratica. La parte teorica è stata sviluppata attraverso una lezione tenuta da due istruttori accreditati IRC, che si sono avvalsi dell'ausilio di slides al fine di rendere la lezione interattiva e accattivante. La parte pratica invece si è svolta in aule spaziose nelle quali i ragazzi hanno avuto l'opportunità di mettersi in gioco, esercitandosi sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare e sull'utilizzo del defibrillatore semiautomatico.

Per appurare l'efficacia del mio progetto è seguita una valutazione finale, che è stata effettuata sottoponendo gli studenti che avevano partecipato al corso a un questionario con compilazione online. Attraverso l'analisi delle risposte ho potuto verificare quanto il mio intervento fosse risultato influente, in altre parole se l'obiettivo che mi ero prefissato fosse stato raggiunto o meno. Dopo aver elaborato tutte le risposte avvalendomi dell'aiuto dei grafici, ho constatato che quasi tutti gli studenti ricordavano in modo corretto le informazioni e le tecniche che erano state loro insegnate nei mesi precedenti; permaneva solamente qualche incertezza su quelle che erano le domande più specifiche. Ciò nonostante, la maggioranza degli studenti ha sempre indicato la risposta corretta anche alle domande più complesse, come ad esempio la durata del ciclo di compressioni e ventilazioni, la giusta tecnica per effettuare le compressioni toraciche oppure cosa fare alla comparsa di segni di circolo durante le manovre di rianimazione. Tutti ricordavano con esattezza quale fosse la manovra di iperestensione del capo, mentre le domande più critiche riguardavano l'individuazione dei ritmi defibrillabili in caso di arresto cardiaco e la frequenza di compressioni toraciche da mantenere durante la rianimazione. Tutte le risposte sono state date a rigor di logica, nel senso che le opzioni più inadeguate sono sempre state scartate. Posso dunque affermare che, secondo quanto riportato dai grafici, i ragazzi sarebbero ora in grado di effettuare correttamente una chiamata di emergenza, così come saprebbero come comportarsi con una persona priva di sensi. Inoltre, se prima avessero avuto dubbi sul da farsi, ora sicuramente saprebbero attivare in modo corretto la catena della sopravvivenza rispettandone i passaggi. Grandi risultati anche sull'applicazione del BLSD: i ragazzi saprebbero infatti fronteggiare un caso di arresto cardiaco rispettando la sequenza "ABC". Essi inizierebbero infatti con il garantire la pervietà delle vie aeree, alla quale farebbero seguire il controllo dei segni del respiro, per terminare poi con l'esecuzione di una rianimazione cardiopolmonare avvalendosi dell'ausilio del defibrillatore.

I risultati ottenuti sono quindi più che soddisfacenti, in particolare se paragonati a quelli ottenuti dall'analisi dei bisogni. Come se non bastasse, il test di valutazione finale è stato volutamente progettato affinché risultasse più complesso rispetto a quello iniziale: non si trattava di un semplice test a risposta multipla, ma di uno stratagemma ideato con l'intenzione di stimolare il ragionamento logico, simulando un evento reale di arresto cardiaco al fine di capire in che modo si sarebbero comportati gli studenti in seguito al nostro addestramento.

Per concludere il progetto nel migliore dei modi ho poi deciso di effettuare un corso di retraining attraverso il quale ho potuto ribadire i concetti fondamentali del corso, in particolare gli argomenti sui quali i ragazzi avevano mostrato più incertezza durante la fase di rivalutazione. In questo modo ho avuto la sicurezza di aver completato il progetto in ogni sua più piccola sfaccettatura, chiarendo i pochi dubbi che erano rimasti ai ragazzi destinatari del corso.

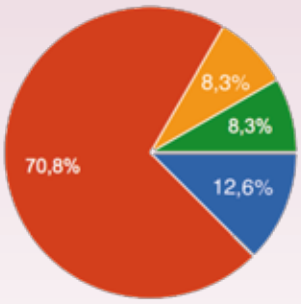
Conclusioni

Posso dunque concludere affermando che sono più che soddisfatto dell'esito del mio intervento, poiché tutti i partecipanti sarebbero ora in grado di gestire correttamente un arresto cardiaco. Ciò implica che il progetto era sì primariamente diretto ai 24 ragazzi che hanno aderito all'iniziativa, ma secondariamente a tutte quelle persone che ogni giorno rischiano la vita a causa di un arresto cardiaco. L'esito del progetto dunque non si è limitato solamente a coloro che vi hanno preso parte, ma avrà ripercussioni su tutta la popolazione con effetti più che vantaggiosi dato che stiamo parlando di vite umane.

Un'ultima riflessione personale: sono estremamente orgoglioso di aver portato a termine questo progetto poiché, anche se in minima parte, ho contribuito ad aumentare quella piccola ma importantissima percentuale di persone che ora non si limiterebbero più a essere soltanto dei testimoni, ma veri e propri soccorritori.

GRAFICI DI VALUTAZIONE FINALE CON RELATIVO RISULTATO:

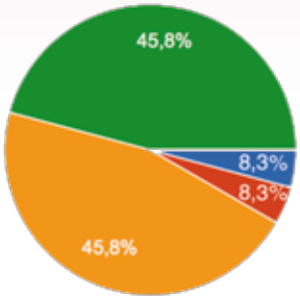
Quante sono le compressioni toraciche da effettuare alla persona adulta?



30 alternate a 3 ventilazioni	3	12,6%
30 alternate a 2 ventilazioni	17	70,8%
20 alternate a 2 ventilazioni	2	8,3%
20 alternate a 3 ventilazioni	2	8,3%

Il 70,8% dei ragazzi ha risposto correttamente "*30 alternate a 2 ventilazioni*", mentre il restante 29,2% ha indicato un alternativa errata.

Qual è la corretta sequenza del BLSD?



Circolo - Respiro - Pervietà vie aeree	1	8,3%
Respiro - Circolo - Pervietà vie aeree	1	8,3%
Pervietà vie aeree - Respiro - Circolo	11	45,8%
Respiro - Pervietà vie aeree - Circolo	11	45,8%

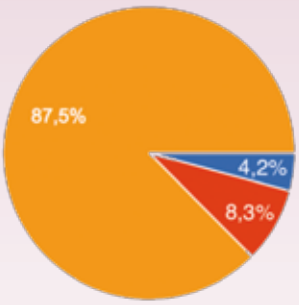
Essendo una domanda molto specifica, in 11 ragazzi si sono ricordati che la risposta corretta era "*pervietà vie aeree-respiro-circolo*", altrettanti hanno scambiato le prime due opzioni e in 2 hanno indicato altre alternative.

Inclinare la testa della vittima in avanti per favorire la fuoriuscita del materiale	0	0%
Spostare indietro la testa appoggiando una mano sulla fronte e con due dita dell'altra mano sollevare il mento	24	100%
Allineare il capo al resto del corpo in modo da poter iniziare la rianimazione cardiopolmonare	0	0%

In cosa consiste la manovra di iperestensione del capo?

Tutti i ragazzi ricordavano correttamente la manovra di iperestensione del capo.

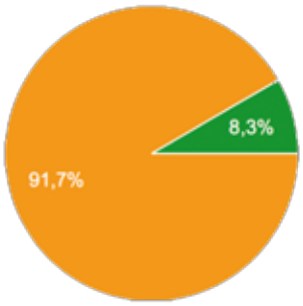
Qual è la corretta tecnica per effettuare le compressioni toraciche?



Le mani a pugno una dentro l'altra e effettuare movimenti rotatori sullo sterno della vittima	1	4,2%
Braccia piegate e spalle dritte, con le mani incrociate tra loro	2	8,3%
Le braccia e le spalle devono essere sulla verticale dell'area della compressione e le mani incrociate tra loro	21	87,5%

Quasi tutti i ragazzi ricordavano la corretta tecnica per eseguire le compressioni toraciche, infatti solamente in 3 se ne sono dimenticati.

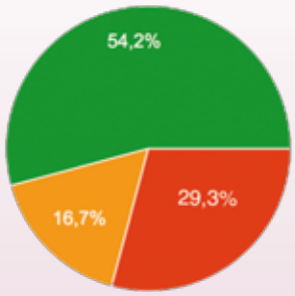
Paziente incosciente, catena della sopravvivenza attivata, il DAE consiglia la scarica elettrica. Cosa è necessario fare subito dopo l'erogazione della scarica?



Aspettare finché la persona non si riprende	0	0%
Erogare un'altra scarica	0	0%
Riprendere il ciclo compressioni toraciche - ventilazioni	22	91,7%
Scuotere il paziente per vedere se riprende conoscenza	2	8,3%

Nonostante la domanda difficile, tutti i ragazzi eccetto 2 hanno risposto correttamente.

Se durante le manovre rianimatorie compaiono segni di circolo:



Chiamo aiuto	0	0%
Metto il paziente in posizione laterale di sicurezza	7	29,3%
Continuo le compressioni toraciche fino all'arrivo dei soccorsi	4	16,7%
Effettuo la GAS e se assente ventilo	13	54,2%

Poiché durante la rianimazione compaiono segni di circolo, quindi in C, è necessario andare a ritroso spostando la valutazione in B, controllando la respirazione mediante la GAS. Più del 50% dei ragazzi ricordava la risposta, mentre il 29,3% avrebbe posizionato il paziente in posizione laterale di sicurezza. Il 16,7% invece avrebbe continuato le compressioni toraciche.

L'assistenza infermieristica alla persona anziana con insufficienza d'organo end stage

Studio pilota osservazionale trasversale nelle Unità Operative dell'area Medica e Medico Specialistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Tesi di Laurea Triennale in Infermieristica - Università degli Studi di Ferrara
Studente: Laura Capitanio - Relatore: dott.ssa Susanna Ponti

Premessa

Le malattie croniche e degenerative in ambito geriatrico sono un argomento di grande attualità nel panorama socio-economico e medico-sanitario, perché il fenomeno di invecchiamento demografico comporta parallelamente l'incremento della prevalenza di insufficienze d'organo, singole o multiple.
Quando la patologia cronica-degenerativa raggiunge la fase terminale, significa indicativamente che la persona vivrà al massimo 6 mesi, nell'ipotesi che la malattia abbia un decorso clinico normale. Si tratta però di un criterio arbitrario e approssimativo, poiché vi sono numerose variabili nello stabilire la durata di vita residua di una persona con malattia di interesse internistico di stadio più che avanzato, soprattutto se anziana (Glare P., Virik K., Jones M. et al., 2003).
In questo delicato momento della storia clinica della malattia, il team di cura è portato a ponderare il giusto approccio terapeutico, considerando che le cure intensive e invasive sono efficaci finché arrecano un miglioramento clinico e della qualità di vita della persona, ma quando questi obiettivi non sono più ragionevolmente raggiungibili è opportuno orientarsi verso un approccio palliativo, ovvero di conforto e di accompagnamento alla morte. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1990 ha definito le cure palliative come *un approccio che migliora la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale*. Questo fondamentale concetto è stato ripreso nella normativa italiana con la Legge 38/10, in cui si afferma che *per le persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo, per cui non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o risultano inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, è indicato l'accesso alle cure palliative*.
Per attuare precocemente le cure palliative, è tanto importante quanto complessa la formulazione della prognosi infausta a breve termine. A questo proposito, la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) in un documento del 2012[1] ha elaborato dei criteri clinici utili per inquadrare la fase terminale delle insufficienze d'organo più diffuse e indirizzare di conseguenza verso un approccio terapeutico appropriato. Questi parametri sono stati estrapolati sia dall'esperienza clinica comune, sia dalle più aggiornate evidenze scientifiche e rappresentano uno strumento valido per la pratica clinico-assistenziale.
Per l'infermiere che si trova quotidianamente ad assistere un utente così complesso, non è sufficiente però conoscere l'aspetto clinico e tecnico, ovvero il "saper fare", ma è fondamentale anche un orientamento di carattere bioetico e di condotta, che è il "saper essere" della professione infermieristica. Alcuni riferimenti al riguardo provengono dal Codice Deontologico dell'infermiere del 2009, che dedica sei articoli al tema del fine vita:

LO STUDIO: BACKGROUND

Prima di elaborare il lavoro di ricerca, è stata effettuata una ricognizione al fine di mappare a livello nazionale le strutture che offrono assistenza di fine vita rivolte alla persona anziana con patologia *end stage* non oncologica. Ciò che è emerso suggerisce che attualmente le cure palliative non sono ancora una consuetudine in questo campo. A tale proposito, la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e la Federazione di Cure Palliative (FCP) hanno stimato che una rete di cure palliative (RCP) assiste ogni anno meno del 20% degli utenti potenziali e che tra i malati assistiti sia a domicilio sia negli hospice, solo un numero inferiore all'1% risulta affetto da una malattia non neoplastica.
Per quanto riguarda la realtà dell'Emilia-Romagna, la Regione indica le cure palliative come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti affetti da patologie evolutive e a prognosi infausta. L'implementazione delle cure palliative a livello regionale inizia già dal 1994 attraverso un programma specifico di assistenza domiciliare in attuazione della Legge regionale 29/94 "Assistenza a domicilio per i malati terminali", che ha posto le basi per la realizzazione della rete delle cure palliative (DGR n. 456/2000), promossa dalla L. 38/10. Il DRG 560/15 "Riorganizzazione della Rete locale di Cure Palliative" ha definito le modalità per sviluppare, implementare ed applicare un nuovo modello organizzativo al fine di garantire la presa in carico globale attraverso un'assistenza precoce, continua, integrata e progressiva fra le cure attive e le cure palliative. Grazie alla riorganizzazione locale di servizi già esistenti e in collaborazione tra loro

1. Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura (http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/Grandi%20insufficienze%20d%20organo/INSUFFICIENZE_CRONICHE_END.pdf)

TABELLA 1 - Il fine vita nel Codice deontologico dell'infermiere del 2009

art. 6: "L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione".

art. 35: "L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale".

art. 36: "L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita".

art. 37: "L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato".

art. 38: "L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito".

art. 39: "L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto".

(ADO, ANT, ADI, Medicina Generale), si intende facilitare l'inserimento nella rete delle cure palliative del paziente con patologia cronica evolutiva, oncologica e non oncologica, nei diversi *setting* assistenziali (domicilio, ambulatorio di cure palliative, hospice e ospedale). In particolare, le strutture ospedaliere (sia pubbliche che private accreditate) devono garantire l'erogazione di cure palliative da parte di specialisti per utenti con bisogni complessi nella fase avanzata di malattia e nel fine vita. Inoltre, deve essere garantito l'approccio palliativo attraverso la formazione del personale delle diverse unità operative.
L'AUSL di Ferrara dispone di una rete locale di cure palliative inserita all'interno del Dipartimento di Cure Primarie e intesa come "una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in hospice. […] Tale rete è finalizzata ad erogare cure palliative e di fine vita, con percorsi di presa in carico e di assistenza 'finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici'" (www.ausl.fe.it/cure-palliative). Si tratterebbe di una modalità di presa in carico multidisciplinare e individualizzata dedicata a un'ampia utenza. Tuttavia, sul portale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (www.ospfe.it) si legge che la rete locale di cure palliative ha l'obiettivo di "potenziare l'assistenza ai malati oncologici attraverso la qualificazione degli interventi di assistenza oncologica, cure palliative e terapia del dolore, nel rispetto delle esigenze espresse dai pazienti, per garantire cure qualificate e adeguate alle loro necessità". È possibile dedurre che, nonostante le normative nazionali e regionali lo prevedano, anche in questo caso le cure palliative per i malati non oncologici non sono ancora entrate a fare parte della pratica clinico-assistenziale.
Al momento in cui questa indagine è stata fatta, l'assenza di una legislazione sulle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) e sull'utilizzo di terapie sostitutive come la nutrizione artificiale rappresentava un aspetto estremamente limitante per l'attuazione delle cure palliative rivolte alla persona anziana affetta da malattia cronica-degenerativa in fase avanzata-terminale; è auspicabile che l'approvazione del disegno di legge (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento L. 22 dicembre 2017 - n. 219 - GU 16/01/18) possa agevolare l'attuazione di misure di conforto che riducano il disagio e il dolore di questi pazienti, al fine di rendere dignitosa l'esperienza del fine vita.

LO STUDIO: MATERIALI E METODI

- Quesito Clinico

La domanda di ricerca che ha guidato lo studio pilota osservazionale è **all'interno dei reparti Medici e Medico specialistici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara esiste un'assistenza specifica nella fase avanzata-terminale della malattia per pazienti geriatrici con insufficienza d'organo?**

- Disegno di studio

Studio Osservazionale Trasversale Cross sectional svolto nelle Unità Operative del Dipartimento medico e medico specialistico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara con somministrazione di questionari a 26 item con 4 livelli di risposta (Tabella 2).

- Popolazione in studio

La popolazione studiata è composta dagli infermieri assunti con qualsiasi forma di contratto lavorativo indistintamente dal percorso formativo di base o avanzato, che prestano servizio nelle Unità Operative del Dipartimento medico e medico specialistico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, o meglio nelle seguenti UUOO:
- Medicina Interna 1 e 2;
- Clinica Medica;
- Medicina Interna Universitaria;
- Geriatria;
- Onco-Ematologia.

I questionari sono stati somministrati tramite questionario cartaceo previa lettera informativa inviata ai Coordinatori Infermieristici.
Unico criterio di esclusione assunto la presenza lavorativa nell'Unità Operativa oggetto di indagine da meno di un anno.

RISULTATI

Il questionario somministrato ha permesso di indagare sia l'aspetto tecnico-pratico che l'aspetto psicologico-relazionale dell'assistenza infermieristica nell'ambito delle cure prestate nella fase di fine vita.
Sono stati somministrati 93 questionari nel corso del mese di Settembre 2017 e ne sono stati restituiti 58 (62,3%).
Per quanto riguarda il rapporto infermiere/paziente-anziano-terminale, le priorità assistenziali più segnalate risultano legate al concetto di dignità della persona:
- sollievo dal dolore e dagli altri sintomi;
- cura della dignità;
- assistenza alla persona;
- rispetto delle volontà dell'assistito.

Quest'ultimo item (Rispetto della volontà dell'assistito) si è rivelato essere quello più frequentemente segnalato (55%). Mentre gli item che indagavano la concentrazione

TABELLA 2 - Item del questionario somministrato agli Infermieri delle Unità Operative del Dipartimento Medico e Medico Specialistico (AOUFe)

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

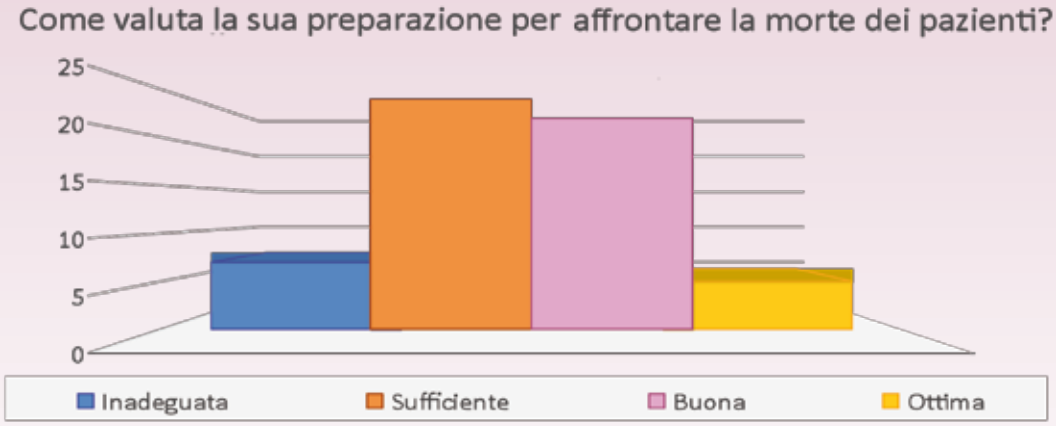
Gruppo di Studio SIGG
"La cura nella fase terminale della vita"

QUESTIONARIO ANZIANO E CURE DI FINE VITA

Esistono criteri validi per identificare la fase terminale di malattia in un paziente non oncologico?
Nella fase terminale della vita l'età del Paziente condiziona gli interventi terapeutici?
Quando una persona è nella fase terminale della malattia, secondo la sua esperienza, in quale percentuale il Paziente richiede "un aiuto a morire?"
Quando una persona è nella fase terminale della malattia, secondo la sua esperienza, in quale percentuale i famigliari richiedono "un aiuto a morire?
Quando deve assistere una persona nella fase terminale della malattia, ritiene che le preoccupazioni prioritarie per migliorare la qualità della vita dovrebbero essere rivolte a
Le capita di trovare Pazienti che hanno espresso dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT), anche scritte in modo informale?
Qual è la sua reazione più frequente di fronte ad un Paziente in fase terminale di malattia?
In genere, con chi vengono discusse le decisioni di fine vita se il Paziente è competente?
In genere, con chi vengono discusse le decisioni di fine vita se il Paziente è incompetente?
Come valuta la sua preparazione per affrontare la realtà della morte dei Pazienti?
Quanto frequentemente è possibile riconoscere, nel decorso clinico di un Paziente, il momento in cui applica i principi della desistenza terapeutica?
Di norme un'attenzione all'assistenza psicologica e spirituale è parte integrante della terapia?
Nella sua realtà le cure palliative sono presenti?
Se sì, sono adeguate alle necessità?
CONSIDERANDO L'ULTIMO MESE DI VITA
Quanti Pazienti vengono alimentati per via artificiale?
A quanti pazienti viene interrotta la nutrizione artificiale?
Quanti Pazienti vengono idratati per via artificiale?
A quanti pazienti viene interrotta l'idratazione artificiale?
Quanti Pazienti sono in terapia continuativa con analgesici?
Qual è l'analgesico che viene utilizzato maggiormente?
Vengono utilizzati antibiotici se sono presenti infezioni?
Vengono curate, se presenti, le lesioni da decubito?
Viene attuata la sedazione palliativa/terminale?
A pazienti con dolore difficilmente controllabile vengono somministrati farmaci in dosi potenzialmente letali?
Su richiesta del Paziente vengono praticate o protatte cure che lei ritiene inutili?
Su richiesta dei famigliari vengono praticate o protatte cure che lei ritiene inutili?

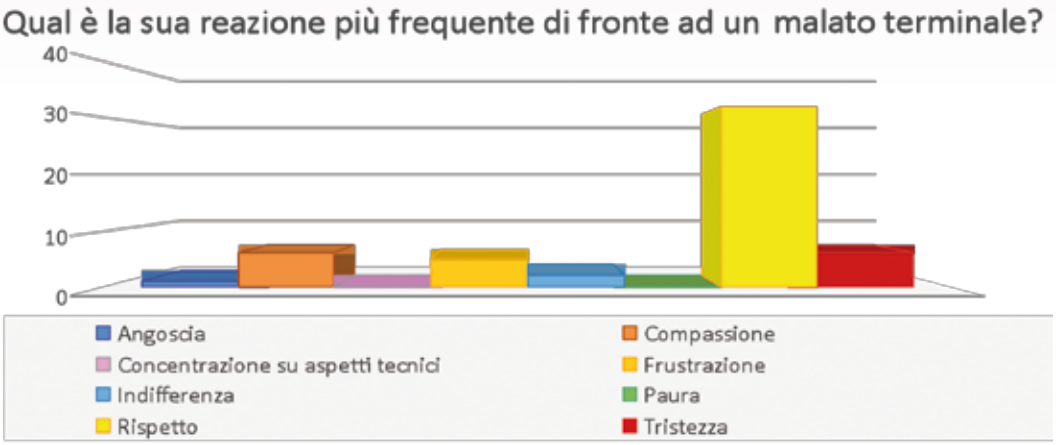
sugli aspetti tecnici e la paura non sono mai stati segnalati nei questionari analizzati.
Le domande inerenti la discussione sulle decisioni di fine vita hanno mostrato che, nel caso in cui il paziente sia competente e in grado di prendere decisioni, questa avviene di norma con il paziente e i familiari oppure solo con il paziente (le due risposte cumulative sono state segnalate dal 67% dei compilatori); quando invece il paziente è incompetente per la presa consapevole di decisioni rispetto alla sua situazione clinica, il 60% degli intervistati ha risposto che questo non aveva esposto precedentemente i suoi desideri e che eventuali decisioni si discutono con i familiari.
Il 41% degli infermieri reputa la propria preparazione per affrontare la morte dei pazienti sufficiente e il 38% sostiene che sia buona; il 12% la considera inadeguata e l'8,5% ottima (Grafico n. 1).

Grafico 1: Competenze per affrontare la morte dei Pazienti



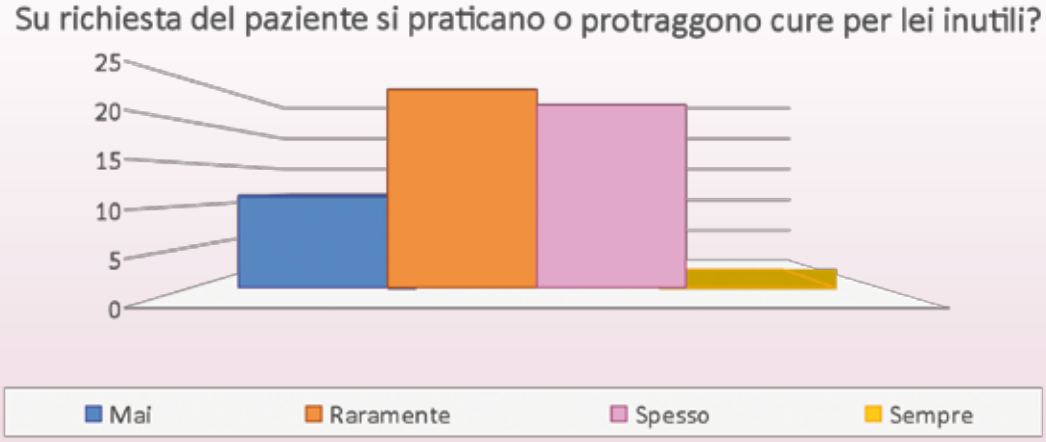
Nel Grafico sottostante (Grafico n. 2) si evidenzia che la reazione maggiormente segnalata di fronte ad un malato in condizione di fine vita è il **rispetto.**

Grafico 2: Reazione di fronte ad un paziente in condizione di fine vita



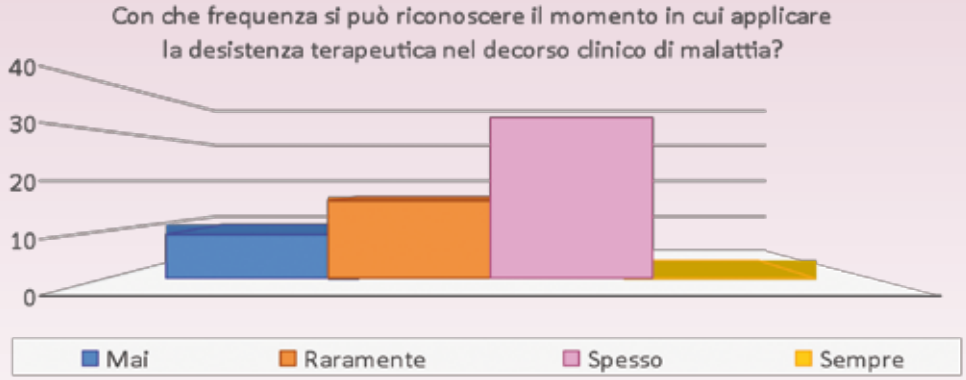
La richiesta di eutanasia proveniente dai familiari dell'assistito pare essere sporadica: 43 infermieri su 58 affermano che raramente i familiari chiedono un aiuto a morire per il congiunto.
Il ruolo della famiglia secondo gli infermieri è determinante nelle scelte di fine vita del paziente geriatrico anche rispetto alla pratica o al prolungamento di cure ritenute inutili dal professionista e alle decisioni di fine vita sia nel caso in cui il paziente sia competente, sia nel caso in cui non lo sia (Grafico n. 3).

Grafico 3: Cure Inutili



Relativamente alla prassi assistenziale, la maggior parte degli intervistati ha affermato che esistono criteri validi per inquadrare un paziente non oncologico terminale e che spesso è possibile riconoscere il momento del decorso clinico di una malattia in cui applicare i principi della desistenza terapeutica (Grafico n. 4/b)

Grafico 4/b: Desistenza terapeutica



La risposta alla domanda sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) ha messo in evidenza la quasi completa assenza di questa possibilità: l'88% degli intervistati dichiara che meno dell'1% dei pazienti assistiti hanno espresso DAT.

Solo il 55% degli infermieri intervistati sostiene che esistono le cure palliative nella propria realtà e per circa la metà di essi queste non sarebbero idonee ai bisogni.
Il 52% degli infermieri intervistati afferma che oltre il 60% dei pazienti nell'ultimo mese di vita viene alimentato con la nutrizione artificiale e il 90% riferisce che solo nel 30% dei pazienti questa viene interrotta.
Per quanto riguarda gli interventi medici e infermieristici ordinari, come la terapia antibiotica, il 72,5% degli infermieri afferma che nell'ultimo mese di vita del paziente essa viene sempre somministrata in caso di infezione.
La medicazione di eventuali lesioni da decubito viene sempre effettuata, tutti gli intervistati affermano di curare le LdP di un paziente da spesso a sempre (sempre 90%) anche in un contesto di fine vita .
Per quanto riguarda l'item che indaga il trattamento del dolore nella terminalità, si può osservare dalle risposte una non completamente adeguata copertura del dolore: il 46,5% degli infermieri riporta che il 30-60% dei pazienti nell'ultimo mese di vita dispone di una terapia antalgica continuativa. Il farmaco più utilizzato risulta essere il paracetamolo (71%), mentre gli oppiacei sono usati secondo l'opinione del 27,5% dei compilatori.
Alla domanda che indaga se nei pazienti con dolore difficilmente controllabile vengano somministrati farmaci in dosi potenzialmente letali, la risposta della quasi totalità degli infermieri è da raramente a mai (95%) (grafici 6 e 7).
Rispetto alla sedazione palliativa e/o terminale, il 48% degli intervistati afferma che essa viene attuata raramente e il 36% ha risposto spesso (grafico n. 5).

Grafico 5: Sedazione Palliativa

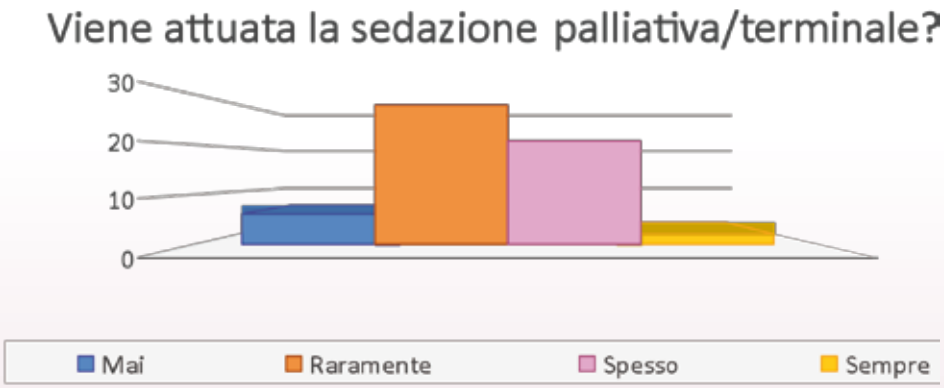


Grafico 6: Terapia antidolorifica continuativa

Grafico 6: Terapia antidolorifica continuativa

CONCLUSIONI E PROPOSTE

L'analisi delle risposte alle domande del questionario è stata fatta con una modalità descrittiva e riportando la percentuale. Consapevoli che i dati ricavati da tale indagine non hanno le caratteristiche statistiche per raggiungere la significatività o la rappresentatività in quanto studio pilota, ci hanno fornito utili spunti per indagini e azioni future

Esaminando le risposte ai questionari, la realtà osservata pare rispecchiare i risultati reperiti in letteratura, confermando che la gestione terapeutica del fine vita dell'anziano aderisce più a un approccio intensivo-invasivo, che non a un approccio palliativo e di conforto.

Approfondendo l'analisi, tuttavia, si riscontra un netto divario tra la percezione dei bisogni del paziente da parte del personale infermieristico e la pratica clinico-assistenziale effettivamente erogata: gli infermieri sono consapevoli delle necessità cliniche, psicologiche e relazionali degli utenti, ma incontrano grandi difficoltà che impediscono di esaudirle. Questa incongruenza può suggerire la necessità di adeguare l'organizzazione ospedaliera verso l'accoglienza del paziente geriatrico non oncologico terminale e di garantire più approfondimenti, riferimenti pratici e confronto interdisciplinare e interprofessionale.

L'ospedale è una struttura preparata organizzativamente ad affrontare i problemi acuti di salute della popolazione ma l'andamento della popolazione di oggi (aumento dell'età media, i progressi in medicina, aumento delle cronicità) ha modificato le caratteristiche dei pazienti ricoverati in strutture "per acuti" verso caratteristiche che sono sempre più croniche e degenerative.

D'altro canto le strutture deputate a questa tipologie di Pazienti stanno diventando insufficienti davanti ad un aumento così significativo della richiesta. Gli hospice e le strutture che si occupano dei bisogni delle persona durante la fase di fine vita o comunque in una condizione di terminalità sono numericamente ridotte e non in grado di farsi carico di tutta la domanda. Inevitabile cercare modalità organizzative e strutturali che offrano garanzia di qualità di assistenza alla persona in fine vita anche in un setting ospedaliero ***esiste un'assistenza specifica nella fase avanzata-terminale della malattia per pazienti geriatrici con insufficienza d'organo?***

Questa era la domanda iniziale e questa analisi pilota ci ha permesso di avanzare alcune importanti considerazioni. Le risposte al questionario. Ci mettono nelle condizioni di individuare sicuramente un bisogno formativo e professionale dei Professionisti Sanitari (infermieri) che lavorano nelle strutture ospedaliere per pazienti acuti in tema di assistenza infermieristica nella fase di fine vita e cure palliative.

I risultati di questo studio non sono significativi in termini di numerosità della popolazione studiata ma mettono in evidenza un potenziale problema che andrebbe ulteriormente indagato attraverso metodologie di studio a maggiore potenza in modo da avere i presupposti per modificare la pratica clinica attraverso metodi formativi e/o organizzativi.

Questo studio pilota mette in luce una carenza nella presa in carico della persona ricoverata quando le sue condizioni cliniche richiederebbero di traslare la modalità assistenziale dal "to cure" (termine inglese che identifica il trattamento) al "to Care" (termine inglese che identificare il prendersi cura/interessarsi) in modo da poter offrire un assistenza di qualità e dignità anche in reparti che concettualmente si sono sempre occupati di "curare" i pazienti e che oggi si devono occupare anche e sempre di più di accompagnamento clinico complessivo alla morte sia dal punto di vista terapeutico, che assistenziale e spirituale.

Il manifesto EBM per migliorare l'assistenza sanitaria

Una risposta a bias sistematici, sprechi, errori e frodi nella ricerca che condizionano l'assistenza al paziente

Carl Heneghan, Kamal R. Mahtani, Ben Goldacre - Centre for Evidence Based Medicine, University of Oxford, UK*
Fiona Godlee, Helen Macdonald, Duncan Jarvies - The BMJ, London, UK

Un processo decisionale informato richiede a professionisti sanitari e pazienti di identificare e utilizzare le migliori evidenze scientifiche. Ma come è possibile raggiungere questo obiettivo, vista la discutibile integrità della maggior parte delle evidenze disponibili, la mancanza di studi che rispondano alle reali necessità dei pazienti e l'assenza di evidenze per informare le decisioni condivise?

Ancora oggi un numero eccessivo di studi viene pianificato o condotto in maniera inadeguata e troppi risultati vengono occultati o disseminati in maniera frammentaria[1]. Paradossalmente a fronte di un aumento della produzione scientifica[2], la qualità delle evidenze è peggiorata[3], influenzando negativamente la possibilità di fornire ai pazienti un'assistenza efficace, sostenibile e ad elevato *value*.

Il BMJ e il *Centre for Evidence Based Medicine* dell'Università di Oxford organizzano ogni anno *Evidence Live*, una conferenza internazionale ideata per "produrre, disseminare e implementare le migliori evidenze al fine di migliorare l'assistenza sanitaria". Grazie a questa iniziativa e ad altri progetti è cresciuta la consapevolezza di rilevanti problematiche, ma anche di progressi e soluzioni relativi all'intero ecosistema delle evidenze scientifiche: dalla ricerca di base all'implementazione nella pratica clinica.

Proprio da questa consapevolezza è nato il manifesto EBM al quale tutti sono invitati a contribuire, aderendo a un movimento finalizzato a migliorare la produzione delle evidenze scientifiche, seguendo una roadmap per raggiungere gli obiettivi definiti, condividere i risultati ottenuti e lanciare nuove sfide.

Citazione. Heneghan C, Mahtani KR, Goldacre B et al. Il manifesto EBM per migliorare l'assistenza sanitaria. Evidence 2017;9(6): e1000167.

Pubblicato 26 giugno 2017.

Copyright. © 2017 Heneghan et al. Questo è un articolo open-access, distr buito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Gli autori dichiarano di avere lettoo e di conoscere la policy BMJ relativa alla disclosure sui conflitti di interesse. Tutti gli autori dichiarano di avere conflitti di interesse di natura accademica e fi nanziaria che hanno infl uenzato questo manifesto. Da un punto di vista accademico, tutti gli autori ritengono che migliorare qualità e trasparenza delle evidenze, coinvolgere i pazienti e migliorare la comunicazione dei risultati della ricerca siano azioni essenziali per prendere decisioni terapeutiche realmente info mate. Da un punto di vista fi nanziario, il BMJ e il Centre for Evidence Based Medicine organizzano in partnership una conferenza no-profi t (Evidence Live) il cui focus è "migliori evidenze per migliorare la salute". Le nostre rispettive istituzioni sono coinvolte in attività di ricerca, formazione e pubblicazione in molte delle aree aff rontate nel manifesto. Inoltre, individualmente, siamo coinvolti in attività editoriali, formative e congressuali. Riteniamo che tutti questi conflitti possano avere infl uenzato le nostre opinioni e proprio per questo abbiamo chiesto un ampio range di input per compensare i nostri preconcetti .

Provenienza. Tradotto con permesso da Heneghan C, Mahtani KR, Goldacre B et al. Evidence based medicine manifesto for better healthcare.

BMJ 2017;357:j2973

* E-mail: carl.heneghan@phc.ox.ac.uk

Perché non ci possiamo fidare delle evidenze?

Bias rilevanti, errori e sprechi della ricerca biomedica sono oggi ampiamente documentati (box 1)[4]: infatti, la maggior parte della ricerca pubblicata è parzialmente distorta e, di conseguenza, la sua implementazione nella pratica clinica è compromessa. Questa, a sua volta, è influenzata negativamente da altre determinanti: interessi commerciali e accademici gestiti in maniera inadeguata[15]; bias nell'agenda della ricerca, che spesso trascura il punto di vista dei pazienti nella formulazione dei quesiti di ricerca e nella scelta degli in outcome[16,17]; trial dal disegno inadeguato, che mancano di trasparenza e di monitoraggio indipendente, che non seguono il protocollo[18], che vengono interrotti precocemente[19]; il fenomeno della *ghost authorship*[20]; bias di pubblicazione e reporting[5-21]; risultati sovrastimati o utilizzati in maniera distorta[22] che contengono errori non corretti[14] o nascondono frodi non identificate[23].

Considerato che evidenze di scarsa qualità portano a decisioni cliniche inadeguate, numerose organizzazioni si stanno adoperando per aiutare i professionisti sanitari a interpretare le evidenze pubblicate al fine di giungere a decisioni ottimali. Tuttavia, anche queste sono condizionate da varie problematiche: produzione di linee guida non affidabili[10], criticità regolatorie[23], ritardi nel ritiro dal mercato di farmaci dannosi[24]. Complessivamete questi problemi contribuiscono ad aumentare i costi delle terapie[25], gli eccessi di medicalizzazione (inclusi *overdiagnosis* e *overtreatment*)[26] e i rischi evitabili[24].

Produrre evidenze più affidabili: il manifesto EBM

Il manifesto è stato sviluppato da persone coinvolte a vari livelli nell'ecosistema delle evidenze, inclusi pazienti e cittadini che indirettaamente finanziano e direttamente subiscono gli output del sistema attuale.

Gli step per sviluppare evidenze più affidabili (box 2) sono stati definiti grazie a numerose iniziative tra vari stakeholder: seminari, tavole rotonde, consultazioni online, feedback diretti. Anche se affrontare i problemi richiederà tempo, risorse e sforzi, tutta la comunità EBM dovrebbe prendersi in carico questa responsabilità. Si tratta di un progetto molto ampio, che è e sarà condotto da vari gruppi nel mondo. L'obiettivo è concentrare l'attenzione sugli strumenti e le strategie più efficaci per

Box 1. I problemi delle evidenze scientifiche

- I risultati del 50% di tutti i trial non sono mai stati pubblicati e i trial con risultati positivi hanno il doppio di probabilità di essere pubblicati rispetto a quelli con risultati negativi[5].
- Il costo dei trial farmacologici è aumentato di cinque volte nell'ultimo decennio, ostacolando di conseguenza lo sviluppo di nuovi farmaci[6].
- L'85% delle risorse investite nella ricerca attualmente vengono sprecate[4].
- L'86% delle revisioni Cochrane non include dati relativi all'outcome primario di sicurezza[7].
- Una revisione sistematica condotta su 39 trial non ha identificato studi rigorosi che prendevano in considerazione strategie di processo decisionale condiviso[8].
- Dal 2009 al 2014 all'industria farmaceutica sono state comminate sanzioni per 12 miliardi di euro in conseguenza di illeciti penali e civili, ma sono stati apportati pochi cambiamenti di sistema finalizzati a prevenire il reiterarsi di problemi analoghi[9].
- «Nonostante le ripetute richieste di vietare o limitare conflitti di interesse tra autori e sponsor di linee guida per la pratica clinica il problema persiste»[10].
- Il 34% dei ricercatori segnalano pratiche discutibili: *data mining* per ottenere effetti statisticamente significativi, reporting selettivo degli outcome, *switch* di outcome, bias di pubblicazione, deviazioni dal protocollo, occultamento di conflitti di interesse[11].
- In una survey condotta nel 2012 tra 9.036 autori e revisori del BMJ, dei 2.782 (31%) *responders* il 13% stato testimone o sa da fonti certe di ricercatori attivi nel Regno Unito che hanno inappropriatamente aggiustato, alterato o inventato dati durante le loro ricerche, al solo scopo di pubblicare[12].
- L'8% degli autori di 630 articoli hanno ammesso che le loro dichiarazioni di authorship contenevano dichiarazioni mendaci[13].

il cambiamento, in modo da poter lavorare insieme per migliorare l'assistenza sanitaria grazie ad evidenze di migliore qualità.
Il manifesto, con le sue priorità è un documento vivo destinato ad evolversi nel tempo al fine di ottenere evidenze affidabili per un'assistenza migliore.

Per contribuire attivamente al manifesto EBM:
www.evidencelive.org/manifesto

RINGRAZIAMENTI
Ringraziamo tutti quelli che hanno fornito il loro feedback: l'elenco dei partner che hanno ospitato tavole rotonde e seminari e di tutti coloro che hanno contribuitoto è disponibile a www.evidencelive.org. Ringraziamo inoltre Ruth Davis e Alice Rollinson per il supporto nella divulgazione del manifesto tra la comunità EBM, oltre alla compianta Rosamund Snow – già *patient editor* del BMJ – che ha contribuito alle prime versioni del manifesto. Confi diamo di ricevere ulteriori input per continuare il suo lavoro e il nostro impegno nel coinvolgimento dei pazienti.

Box 2: Il manifesto EBM per migliorare la salute delle persone

- Espandere il ruolo di pazienti, professionisti sanitari e policy maker nella ricerca.
- Aumentare l'utilizzo sistematico delle evidenze disponibili.
- Rendere i risultati della ricerca rilevan, replicabili e accessibili agli utilizzatori finali.
- Ridurre le pratiche di ricerca discutibili, i bias e i conflitti di interesse.
- Garantire una regolamentazione di farmaci e dispositivi rigorosa, trasparente e indipendente.
- Produrre linee guida per la pratica clinica più facilmente implementabili.
- Supportare l'innovazione, il miglioramento di qualità e sicurezza dell'assistenza, attraverso un maggiore utilizzo dei *real world data.*
- Formare all'*evidence-based healthcare* professionis, policy maker e cittadini al fine di compiere scelte informate.
- Incoraggiare le generazioni future di EBM leader.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldacre B, Heneghan C. How medicine is broken, and how we can fix it. BMJ 2015;357:h3397.
2. Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? PLoS Med 2010;357:e1000326.
3. Goldacre B. Bad pharma: how drug companies mislead doctors and harm patients. Macmillan, 2014.
4. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. Lancet 2009;357:86-9.
5. Song F, Parekh S, Hooper L, et al. Dissemination and publication of research findings: an updated review of related biases. Health Technol Assess 2010;357:iii, ix-xi, 1-193.
6. Collier R. Rapidly rising clinical trial costs worry researchers. CMAJ 2009;357:277-8.
7. Saini P, Loke YK, Gamble C, Altman DG, Williamson PR, Kirkham JJ. Selective reporting bias of harm outcomes within studies: findings from a cohort of systematic reviews. BMJ 2014;357:g6501.
8. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. Med Decis Making 2015;357:114-31.
9. Kessel M, Mark K. Restoring the pharmaceutical industry's reputation. Nat Biotechnol 2014;357:983-90.
10. Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. BMJ 2013;357:f3830-3830.
11. Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. PLoS One 2009;357:e5738.
12. BMJ: research misconduct survey. 2012. Disponibile a: www.blogs.bmj.com/bmj/files/2012/01/BMJresearch- misconduct-survey-for-posting-on-bmj.com_.pdf. Ultimo accesso: 26 giugno 2017
13. PLoS Medicine Editors. Ghostwriting revisited: new perspectives but few solutions in sight. PLoS Med 2011;357:e1001084.
14. Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. PLoS Med 2005;357:e124.
15. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. JAMA 2003;357:454-65.
16. Greenhalgh T, Snow R, Ryan S, Rees S, Salisbury H. Six "biases" against patients and carers in evidence-based medicine. BMC Med 2015;357:200.
17. Yudkin JS, Lipska KJ, Montori VM. The idolatry of the surrogate. BMJ 2011;357:d7995.
18. Dodd S, Susanna D, Ian W, Paula W. Departure from treatment protocol in published randomised controlled trials: a review. Trials 2011;357:A129.
19. Montori VM, Devereaux PJ, Adhikari NK, et al. Randomized trials stopped early for benefit: a systematic review. JAMA 2005;357:2203-9.
20. Gøtzsche PC, Hr—bjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Chan AW. Ghost authorship in industry-initiated randomised trials. PLoS Med 2007;357:e19.
21. McGauran N, Wieseler B, Kreis J, SchŸler YB, Kšlsch H, Kaiser T. Reporting bias in medical research—a narrative review. Trials 2010;357:37.
22. Ahmed L, Laura A. Bad pharma: how drug companies mislead doctors and harm patients. Aust Prescr 2013;357:55.
23. Light DW, Lexchin J, Darrow JJ. Institutional corruption of pharmaceuticals and the myth of safe and effective drugs. J Law Med Ethics 2013;357:590-600.
24. Onakpoya IJ, Heneghan CJ, Aronson JK. Post-marketing withdrawal of 462 medicinal products because of adverse drug reactions: a systematic review of the world literature. BMC Med 2016;357:10.
25. Dusetzina SB. Drug pricing trends for orally administered anticancer medications reimbursed by commercial health plans, 2000-2014. JAMA Oncol 2016;357:960-1.
26. Moynihan R, Heneghan C, Godlee F. Too much medicine: from evidence to action. BMJ 2013;357:f7141.

Gli infermieri raccontano le loro vite lavorative

DONARE GLI ORGANI: UN GESTO CHE DA SENSO ALLA NOSTRA ESISTENZA. L'INFERMIERE DI PROCUREMENT NEL SISTEMA DONAZIONE E TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI

a cura di Melissa Teodorini

Il donatore è una persona speciale che ha deciso di essere solidale verso il prossimo donando ad altri, a chiunque, una nuova speranza di vita. Donare i propri organi è certamente fra le azioni che danno un senso alla nostra esistenza. È lì che tutto ha inizio, in quella scelta personale o famigliare, senza la quale nulla dell'impegno di coloro che lavorano nel sistema donazione potrebbe trasformarsi in **speranza e cura** per altre persone.

La donazione degli organi è un tema ad alto impatto emotivo per il senso ed il significato che ha, ricco di fattori ed elementi complessi e variegati che contemperano aspetti giuridici, tecnici, scientifici, professionali, etico deontologici e socio-culturali.

La realtà italiana prevede che la Rete Trapiantologica, frutto della legge 91/99 e s.i.m., sia costituita da tre livelli: Centro Nazionale Trapianti, i Centri Regionali Trapianti e i Centri di Coordinamento Locali dedicati alla donazione ed ai trapianti. Per quanto riguarda le sedi donative dedicate al procurement, in Emilia Romagna l'organizzazione ha preso forma e struttura a seguito della Delibera di Giunta Regionale n. 665 del 22/05/17 "Indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali in ordine al potenziamento della rete donativo-trapiantologica dell'Emilia-Romagna", prevedendo la nascita degli Uffici di Coordinamento con un numero di ore dedicate.

A seconda della potenzialità donativa la Regione Emilia Romagna ha così disciplinato gli ospedali:

1° Gruppo, ad alta potenzialità donativa: Ferrara, Baggiovara, Parma, Cesena, Maggiore di BO, Reggio-Emilia, S.Orsola-Malpighi, Ravenna, Rimini.

2° Gruppo, a media potenzialità donativa: Piacenza, Modena Policlinico, Forlì, Faenza, Imola

3° Gruppo, a limitata potenzialità donativa: Cento, Lagosanto, Bellaria, Lugo, Guastalla, Carpi, Castel S. Giovanni, Fidenza.

Negli Ospedali afferenti al primo e al secondo gruppo, l'infermiere è dedicato a tempo pieno mentre nel terzo gruppo l'infermiere è dedicato per metà del suo monte orario. L'infermiere in tutti i casi affianca un Coordinatore Locale che deve poter usufruire di almeno 12 ore settimanali negli ospedali ad alta potenzialità donativa, di 6 ore in quelli a media e di 3 ore in quelli a bassa potenzialità donativa. Quando necessario il Coordinatore Locale deve poter richiedere anche un supporto psicologico adeguato.

Gli Uffici di Coordinamento Locale nascono con la volontà di aumentare la disponibilità di organi e tessuti e come risposta al bisogno di salute dei cittadini in attesa di un trapianto per far fronte alla scarsità di organi e tessuti che determina uno sbilanciamento del rapporto tra domanda e offerta con il conseguente aumento dei tempi di permanenza nelle liste di attesa e quindi maggiore probabilità di decesso prima di arrivare al trapianto.

La donazione di organi e tessuti non è solo o prevalentemente un aspetto di ***PROCUREMENT*** ma in modo maggiore, un aspetto di buona organizzazione, di studio dell'epidemiologia dei decessi nosocomiali e di statistica sanitaria applicata. Tali aspetti di definizione di metodologie organizzative tendenti ad ottimizzare l'efficacia della fase d'identificazione/segna-

Da sinistra: Anna Maria Fabbri, Gianluca Marinelli, Federica Braga, Emanuela Belviso, Melissa Teodorini

lazione dei potenziali donatori di organi, quanto più sono sviluppati tanto più conducono al riequilibrio del rapporto tra domanda e offerta terapeutica trapiantologica. Infatti è ormai assodato come, di tutti i potenziali donatori individuati e segnalati, almeno la metà divengano donatori effettivi.

L'infermiere è il professionista della salute grazie alla cui competenza e formazione, ulteriormente potenziata da percorsi post-base specifici, possiede qualità, capacità e competenze necessarie per seguire al meglio, in un contesto multi professionale, il percorso di donazione, motivo per il quale questa intervista vuole attraverso la voce di alcuni Infermieri di Ferrara specialisti del settore, far conoscere a tutti i colleghi cosa vuol dire ***Essere Infermiere di Procurement.***

Melissa Teodorini: *ai colleghi chiedo che si presentino e ci raccontino da quanto tempo lavorano e da quanto sono Infermieri di Procurement*

Gianluca Marinelli, (nella foto con Anna Maria Fabbri Coordinatrice della Piastra Operatoria AUSL Delta) Infermiere dal 1996, dal 1998 lavoro presso l' AUSL di Ferrara da prima nel reparto di Terapia Intensiva poi dall'anno 2000 presso la sala operatoria del Presidio Ospedaliero (PO) del Delta.
Nel 2015 ho partecipato al corso per coordinatori alla donazione e al prelievo di organi e tessuti "TPM" (Trasplant Procurement Management) invitato dal mio Coordinatore alla quale avevo espresso i miei sentimenti al riguardo. Da circa 12 anni oltre ad essere infermiere esperto in PICC (Peripherally Inserted Central Catheters) e Referente Informatico in Sala Operatoria, volontariamente ed insieme al coordinatore AnnaMaria Fabbri e due colleghe, mi occupo del percorso ma soprattutto della sensibilizzazione riguardante la donazione di organi e tessuti nell'ospedale in cui lavoro, struttura coinvolta in questo momento al prelievo di cornee.

Braga Federica, Infermiera dal 1995. Ho lavorato prevalentemente

in Area Intensiva per 8 anni in Sala Operatoria (a Verona e poi a Cento) ed in seguito presso la Terapia Intensiva dell'Ospedale di Cento dove svolgo tutt'ora la mia professione.
In merito alla mia formazione per quanto riguarda il sistema donazioni/trapianti ho frequentato il corso Alma nel 2007, i corsi di formazione TPM nel 2013 e 2015 ed i corsi "DimMi" (Itinerario Culturale nella Donazione-2016 e Itinerario Culturale sulla qualità di fine vita-2018) del CRT Emilia Romagna. Dal 2016 faccio parte dell'Ufficio Coordinamento Aziendale Procurement che si occupa di donazione e prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto, nel mio specifico, per quanto concerne l'Ospedale di Cento, di donazioni e prelievi di cornee.

Emanuela Belviso Infermiera dal 2001 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, ho lavorato nei reparti di Medicina, Chirurgia e Rianimazione per dieci anni. Dal 2011 sono Facilitatore di Processo

per la donazione di organi e tessuti in Azienda e da Febbraio 2017 lavoro presso l'Ufficio di Coordinamento Aziendale Procurement (UCAP).
Fra il 2004 e il 2008 ho conseguito la Laurea specialistica in Scienze infermieristiche ed ostetriche e il Master in Management infermieristico per funzioni di coordinamento presso l'Università Cattolica di Roma. L'esperienza decennale in Rianimazione mi ha avvicinato all'argomento delle donazioni di organi e tessuti, un "capitolo" che ti coinvolge e ti conquista all'interno dell'assistenza in area critica e con il tempo ho deciso di approfondire le mie conoscenze e competenze in merito, conseguendo il Master in Coordinamento Infermieristico per le donazioni e trapianti di organi e tessuti presso l'Università di Pisa e di contribuire alla creazione dell'UCAP.

Melissa Teodorini - Chi è l'Infermiere di Procurement?

Emanuela Belviso - È un professionista preparato con un ruolo sempre più rilevante nel sistema di donazione e trapianto, impegnato, insieme al Coordinatore Locale Medico, nella creazione e gestione quotidiana di una rete intraospedaliera e/o interospedaliera fatta di rapporti interpersonali, procedure aziendali, programmi informatici e percorsi clinico-assistenziali che portino all'individuazione di ogni potenziale donatore.
L'Infermiere che intraprende questo percorso deve conoscere ed accettare che il processo di donazione e trapianto di organi e tessuti presenta alcune specifiche caratteristiche:

- **non è programmabile;**
- **è interdisciplinare**, in quanto è trasversale a gran parte dei reparti e servizi interni ed esterni all'Ospedale (Rianimazioni, Unità Operative, servizi di diagnostica, Pronto soccorso, Laboratorio analisi, Sale Operatorie, Centro Regionale Trapianti, Banche dei tessuti, Forze dell'Ordine, etc) e professionisti (medici, infermieri, chirurghi, psicologi, tecnici, etc);
- **è multifattoriale**, poiché influenzato da aspetti clinico-

assistenziali, relazionali, giuridici e organizzativi;
- ➔ **è multifasico**, poiché costituito da varie fasi: l'identificazione del potenziale donatore, l'accertamento di morte, la valutazione di idoneità, il trattamento del donatore, la relazione con i familiari ed il prelievo; fasi più o meno complesse a seconda del processo donativo gestito: di sole cornee, multitessuto o multiorgano e multitessuto;
- ➔ **l'attitudine ai rapporti umani** e la **competenza nelle tecniche comunicative**, infine, non sono ultime in ordine di importanza e sono acquisite attraverso un percorso formativo dedicato, permettendo all'infermiere di *procurement* di gestire in modo adeguato il colloquio con le famiglie dei donatori.

Melissa Teodorini **- Qual'è il percorso formativo che prepara ad essere Infermiere di *Procurement*?**

Emanuela Belviso – Esistono percorsi formativi specifici sul territorio nazionale ma, attualmente, la formazione non è ritenuta requisito obbligatorio nelle aziende. Questo causa spesso disomogeneità all'interno degli Uffici di Coordinamento di *procurement*, che vedono al loro interno personale infermieristico con caratteristiche professionali diverse. Tuttavia la delibera di Giunta Regionale n. 665 del 22/05/17 *"Indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali, in ordine al potenziamento della rete donativo-trapiantologica dell'Emilia-Romagna"*, nel capitolo sul "Coordinamento Ospedaliero Locale" istituisce la figura del Coordinatore Locale e al suo fianco individua la figura di almeno un infermiere professionale con titolo di Transplant *Procurement* Management (TMP), riconosciuto di fondamentale importanza in Emilia Romagna per chi esercita questo ruolo.
Oltre a questo corso, è possibile accedere al Master universitario di primo livello in coordinamento infermieristico alle donazioni e trapianti di organi e tessuti.

Melissa Teodorini **- Come interviene l'infermiere di *Procurement*?**

Emanuela Belviso - Nel caso in cui il cittadino in vita non abbia espresso alcuna volontà, gioca un ruolo fondamentale la competenza relazionale dell'Infermiere di *Procurement* nel mettere al centro la famiglia e il suo dolore, per accompagnarli al raggiungimento di una scelta serena e consapevole, nel rispetto della volontà di chi non c'è più.
All'inizio percepivo più difficoltà nel rapporto con le famiglie del donatore perché, seppur "entrando in punta di piedi" nel loro dolore, non mi sentivo autorizzata a chiedere qualcosa di più….ma, inaspettatamente, posso affermare che spesso le famiglie ringraziano di questa opportunità!
Oggi capisco quanto sia importante offrire alle persone che ha questo desiderio o a chi non ci ha mai pensato, un'*opportunità*, lasciandoli liberi di decidere se cogliere ciò che noi stiamo offrendo loro.
All'interno di questa fase del percorso bisogna affrontare anche situazioni particolarmente complesse: dal donatore non identificato al donatore identificato, ma con congiunti non reperibili, dal donatore identificato, con congiunti aventi diritto non presenti in Azienda, ai familiari discordi tra loro.
Le famiglie e i contesti familiari sono sempre diversi, per cui non è possibile avvicinarsi a loro sempre nello stesso modo. Motivo per cui, per stabilire una relazione autentica con la famiglia di un donatore, bisogna prevedere una rimodulazione di quelle che sono le proprie *risorse* emotive e professionali. Ogni famiglia ha la sua identità, struttura e storia nella quale è inevitabile entrare prima di proporre una donazione!
Durante tutte le fasi ci rendiamo, inoltre, disponibili ad assecondare gli ultimi desideri della famiglia e garantiamo loro il bisogno di informazione sull'andamento e sull'esito della donazione.
Oggi mi sento arricchita da questa esperienza lavorativa e penso che questo lavoro mi dia la possibilità di sviluppare quell'aspetto di relazione di aiuto tangibile che fa parte del nostro *core competence* professionale.

Gianluca Marinelli - Generalmente gli operatori sanitari che svolgono l'attività di *procurement*, incontrano la famiglia nelle fasi più delicate in cui sono ancora in uno stato di shock, confusione e/o rifiuto della morte. Occuparsi di loro significa prima di tutto avere cura dei sentimenti e delle emozioni che investono la famiglia e mettere a disposizione un tempo ed un luogo affinchè possano esprimere il dolore che stanno vivendo, contenere le loro reazioni con atteggiamenti rispettosi ed offrir loro la disponibilità ad un ascolto partecipe.
La possibilità di giungere alla raccolta del consenso alla donazione richiede il tempo necessario alla costruzione di una relazione di fiducia con i famigliari, che prevede una continua comunicazione e la possibilità per la famiglia di sentire che sia stato fatto tutto il possibile per il loro caro.

Melissa Teodorini **– Quando si può procedere al prelievo di organi e/o tessuti?**

Emanuela Belviso – Il prelievo di organi e/o tessuti è eseguito nella nostra Azienda dopo l'avvenuta morte, identificata per legge con "la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo" (Legge del 29 dicembre 1993 n°578, "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte"), sia che questa avvenga per arresto cardio-circolatorio, con un danno secondario sull'encefalo, sia che avvenga a seguito di una grave lesione cerebrale.
Ciò che cambia è la "modalità" con cui viene accertata la morte, in quanto, come stabilito dal D.M. dell'11 Aprile 2008 (aggiornamento del Decreto 22 agosto 1994, n°582) relativo al "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte", l'accertamento della morte può avvenire con due criteri: quello cardiaco o quello neurologico.
L'accertamento di morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi,

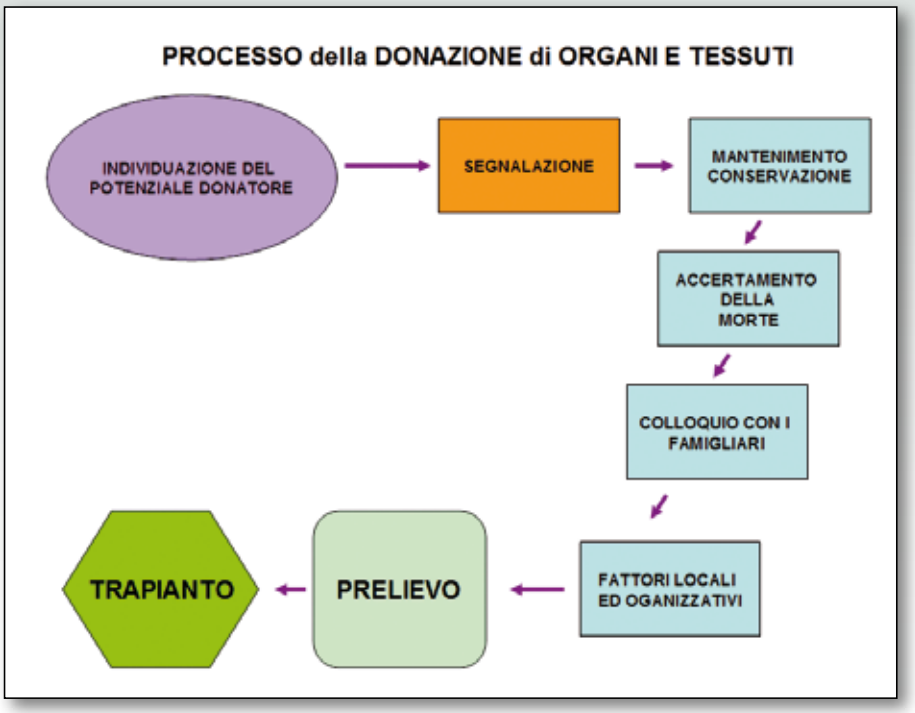
atto ad attestare la cessata attività respiratoria e circolatoria per un tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.
L'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio, invece, viene accertata in ambiente intensivo da un Collegio Medico, costituito (nella nostra Azienda) da un Rianimatore, un Medico Legale e un Neurologo.
Il Collegio Medico valuta, in un periodo di osservazione di 6 ore, la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza;
b) assenza dei riflessi del tronco encefalico: riflesso fotomotore, riflesso corneale, reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino, risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato, riflesso oculo-vestibolare, riflesso faringeo, riflesso carenale;
c) assenza di respiro spontaneo;
d) assenza di attività elettrica cerebrale, documentata da EEG;
e) assenza di flusso ematico encefalico, preventivamente documentata solo in determinate situazioni.

All'interno delle strutture sanitarie la diagnosi e l'accertamento di morte dei soggetti sopra descritti sono procedimenti obbligatori, indipendentemente dalla conseguente donazione, anche se ne costituiscono il presupposto necessario.

***Melissa Teodorini* – Il prelievo delle cornee viene effettuato in tutti i presidi ospedalieri di Ferrara, ma, numericamente, quanti sono e quali fasi prevede?**

Emanuela Belviso – Le responsabilità affidate all'infermiere di *procurement* sono di diversa matrice e per quanto riguarda il percorso di donazione cornee, dall'identificazione dei potenziali donatori "a cuore fermo" (deceduti per arresto cardiocircolatorio), alla gestione e coordinamento della fase di prelievo, fino all'invio del tessuto alle Banche, l'infermiere esercita in molte fasi una piena autonomia.



DONAZIONI CORNEE A CUORE FERMO
Da Maggio 2017 a Maggio 2018, Aziende di Ferrara

	AOUFe	AUSLFe
Totali decessi osservati	307	37
Pazienti non idonei	186	4
Proposte di donazione	121	33
Opposizioni	40	7
Donatori	81	26
Prelievi di cornee	159	23

L'Ufficio di Coordinamento Locale dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara ogni giorno rileva, attraverso programmi informatici elaborati *ad hoc*, tutti i decessi avvenuti durante la notte e durante la fascia oraria di presenza in servizio, eseguendo una prima valutazione anamnestica completa. Lo studio della storia clinica di questi pazienti è eseguito attraverso la consultazione della cartella clinica, il colloquio con i medici delle UU.OO, con i famiglia-

ri, l'esame obiettivo del paziente e, se necessario, anche attraverso colloquio con il medico di medicina generale. Lo scopo è ridurre il rischio di patologie trasmissibili fra donatore e ricevente.

Attraverso la reperibilità per mezzo di cellulari aziendali dedicati, inoltre, siamo disponibili a ricevere le segnalazioni provenienti da tutti i reparti, anche fuori servizio, poiché solo un allertamento tempestivo dei decessi all'Ufficio di Coordinamento consente di avviare il percorso di verifica dell'idoneità e della volontà espressa dal deceduto e, nel contempo, organizzare il colloquio con i familiari, dando avvio alla eventuale donazione. In caso di paziente idoneo alla donazione vengono presi contatti con il Centro Regionale Trapianti Emilia Romagna per verificare la presenza di una dichiarazione

di volontà registrata in vita del deceduto attraverso la consultazione del Sistema Informativo Trapianti. Una volta appreso il dato, contattiamo i famigliari aventi diritto, ai quali in assenza di una dichiarazione esplicita, viene chiesto di farsi da testimoni della volontà espressa o non espressa del defunto, attraverso la compilazione del Verbale di non opposizione alla donazione di cornee. La famiglia viene da noi supportata, rispondendo, attraverso un linguaggio semplice e chiaro, alle informazioni ed eventuali dubbi e/o richieste sulla donazione, su argomenti inerenti all'integrità della salma, alla tempistica del processo, all'esito della donazione, etc.
L'infermiere di *procurement* effettua i prelievi ematici sierologici necessari e, servendosi dei dati reperiti attraverso raccolta anamnestica, compila, in collaborazione con il medico responsabile, una *Checklist di valutazione del donatore di tessuti* attraverso un sistema informatico (*Donor Manager*) al fine di trasmettere al Centro Regionale Trapianti-Emilia Romagna le informazioni cliniche del donatore ed escludere il rischio di patologie trasmissibili al ricevente.

L'infermiere di Procurement avvia a questo punto le procedure di prelievo di cornee, attraverso il coinvolgimento dei medici Oculisti e del Personale infermieristico di Piastra operatoria. Al termine del prelievo assicura un'adeguata e corretta restituzione del donatore alla famiglia ed organizza l'invio del tessuto prelevato alla Banca delle cornee di Bologna, dove verranno stoccate e processate prima di essere allocate e trapiantate.

Federica Braga - Il processo della donazione, nel mio ospedale è un'attività che si realizza con lo stesso personale della Terapia Intensiva che assume anche questo incarico aggiuntivo.
L'attività inizia con la segnalazione di avvenuto decesso, da parte del reparto, di persona potenzialmente idonea alla donazione (il medico dell'unità operativa fa riferimento ad una macro check-list con criteri di esclusione assoluti). Il medico anestesista allertato, coadiuvato dall'infermiere TPM o in sua assenza un collega infermiere in turno in Terapia Intensiva (TI), si occupa della compilazione della check list di valutazione del donatore di tessuti e prende contatti con il CRT Emilia Romagna per verificare se esista una dichiarazione di volontà registrata in vita dal deceduto.
In caso di idoneità alla donazione l'infermiere TPM e l'anestesista effettuano il colloquio con i famigliari. Interviene in supporto dei colleghi dell'unità operativa in cui è avvenuto il decesso per l'esecuzione dei prelievi ematici necessari e per la cura degli occhi del donatore.
Si occupa dell'allestimento del campo sterile ed assiste l'anestesista durante il prelievo; si occupa della corretta tenuta ed etichettatura dei campioni biologici. A fine prelievo si occupa dell'invio dei campioni (organizzando il trasporto con il CRT di Bologna). Nel caso in cui il ruolo descritto venga assunto da infermiere di TI in turno sarà cura dell'infermiere TPM verificare tempestivamente la corretta esecuzione della procedura e la tenuta della documentazione relativa al prelievo.

Gianluca Marinelli – Anche nel mio ospedale l'iter è analogo a quello di Cento ed è anche qui un'attività che si realizza con la disponibilità dello stesso personale delle sale operatorie che all'occorrenza si dedica a questa attività. In alcuni casi questa organizzazione ha determinato l'impossibilità a procedere con il prelievo delle cornee. Infine a differenza di Cento, nell'ospedale del Delta il colloquio con i famigliari viene effettuato da me o dalla Coordinatrice Anna Maria Fabbri.

***Melissa Teodorini* - La donazione multi organo, invece viene effettuata solo nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara che ricordiamo essere sede ad alta potenzialità donativa e in questo caso qual è la responsabilità dell'Infermiere di *Procurement*?**

Emanuela Belviso - Oltre al *procurement* di cornee l'infermiere dell'UCAP svolge un ruolo importante all'interno del complesso ed articolato percorso donazione multiorgano, in collaborazione, oltre che con il Coordinatore Locale medico, responsabile di tutti i percorsi di donazione in Azienda, con numerosi professionisti e servizi: medici ed infermieri delle Rianimazioni, infermieri della Piastra Operatoria, medici specialisti in consulenza, Laboratorio Analisi, Radiologia, Medicina Legale, Tecnico di Neurofisiopatologia, Centro Regionale Trapianti, Banche dei tessuti, etc.
Ad oggi identifichiamo i "potenziali donatori a cuore battente" monitorando tutti i ricoveri con gravi lesioni encefaliche (ictus ischemico, emorragia cerebrale, trauma cranico, anossia, neoplasia cerebrale) che accedono al Pronto Soccorso, segnalando l'evoluzione clinica dei pazienti con prognosi infausta al Coordinatore Locale e poter così proporre, dopo colloquio con la famiglia, un ricovero in ambiente intensivo a scopo donativo. Il ruolo esercitato durante l'accertamento di morte con criteri neurologici all'interno delle due Rianimazioni è di tipo organizzativo/gestionale in un'ottica di Rete multidisciplinare e multi professionale.
Veniamo allertati da una delle due Rianimazioni e collaboriamo con il Coordinatore Locale, il medico responsabile dell'accertamento ed il personale infermieristico in tutte le fasi: dalla convocazione del collegio medico all'esecuzione dell'EEG e dei riflessi, mentre nello stesso tempo, manteniamo i rapporti con il CRT-ER per l'esecuzione delle indagini strumentali e di laboratorio al fine di valutare il potenziale donatore.
Le sei ore che ci separano dal bivio della grande scelta *"donazione si - donazione no"*, ci appaiono come alcuni secondi, poiché intrise di un lavoro minuzioso dedicato a:

- lo studio clinico-anamnestico del potenziale donatore, attraverso consultazione della documentazione clinica, l'esecuzione di indagini diagnostiche (ecografia multiviscerale, broncoscopia, ecocardiografia, coronarografia e/o angioTC), numerose consulenze (dermatologica, oculistica, urologica, chirurgica, etc.) e l'organizzazione dell'invio degli esami ematici (per Sierologia, Colturali, Biobanca, im-

munocompatibilità, etc) presso i laboratori di Cona, Bologna e Parma;
- la relazione di aiuto alla famiglia, durante la comunicazione di morte, nella proposta di donazione e per tutta la durata dell'accertamento, cercando di garantire più tempo possibile al capezzale del loro congiunto, compatibilmente con le manovre da eseguire legate all'accertamento e alla valutazione del paziente. In queste ore dobbiamo far appello a tutto ciò che è *risorsa* dentro noi per metterlo a disposizione di quel *qualcuno* che abbiamo di fronte ed è capace di sentire quanto siamo disposti ad ESSERCI.

Nel corso dell'anno 2017 l'attività di donazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, per quanto riguarda la donazione di organi ha confermato dei dati molto positivi e si è contraddistinta per la più bassa percentuale di opposizione (18%, rispetto a una media nazionale e regionale di circa il 30%). Nello specifico abbiamo avuto 22 potenziali donatori, di cui 16 effettivi (donatori da cui è stato prelevato almeno un organo) e 15 utilizzati (donatori da cui prelevato uno o più organi, trapiantati con successo), con solo 4 opposizioni registrate.

***Melissa Teodorini* - Nei vari presidi abbiamo sentito che la funzione dell'Infermiere di Procurement viene attuata con alcune differenze individuabili dalla tipologia di prelievi effettuati, dal differente livello di realizzazione degli Uffici di Coordinamento Locale e dalla presenza o meno di personale dedicato. Quindi com'è la situazione nei 3 Presidi?**

Emanuela Belviso – Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara fanno fanno parte dell'Ufficio di Coordinamento Aziendale Procurement, nato nel 2017, il Coordinatore Locale e medico anestesista rianimatore responsabile, due Infermieri Specialisti di *procurement* dedicati a tempo pieno io e la mia collega Ilaria Pinca ed una Psicologa, dedicata a supporto alle famiglie dei potenziali donatori multiorgano e all'èquipe sanitaria coinvolta nel processo.

REPORT ATTIVITÀ EMILIA ROMAGNA 2017

Sede	Tot. accertamenti	Richieste donazioni	Tot. opposizioni	Donatori Eff./ Util.
Baggiovara	33	30	8	16/14
Bologna Bellaria	9	9	4	4/4
Bologna Maggiore	18	18	6	9/8
Cesena	41	41	11	28/25
Ferrara	22	22	4	16/15
Parma	27	26	12	12/12
Reggio Emilia	29	27	9	14/11

REPORT ATTIVITÀ 2017 RIANIMAZIONI S. ANNA FERRARA

ORGANI 2017	PRELEVATI 47	TRAPIANTATI 42
Polmoni	6	6
Fegato	10	11
Rene	31	25

Da sinistra: Emanuela Belviso e Ilaria Pinca

All'interno della Piastra Operatoria sono stati individuati dei facilitatori che collaborano con l'UCAP e sono il riferimento durante la fase di prelievo in S.O.

L'Ufficio di Coordinamento Aziendale Procurement è operativo in fascia oraria diurna e si dedica all'individuazione di ogni potenziale donatore (a cuore fermo e a cuore battente, sia di organi che di tessuti).
Gli Infermieri dedicati a quest'attività mantengono i propri ambiti di assistenza definiti dal Profilo Professionale di natura relazionale, tecnica ed educativa, aggiungendo a questi, compiti di organizzazione, coordinamento, monitoraggio, supporto e sensibilizzazione inerente al tema di donazione di organi e tessuti. Le altre figure che, a vario titolo all'interno della Rete, collaborano per l'attività di *procurement* e di prelievo sono: un Medico della Direzione Medica di Presidio, un Oculista referente per l'attività di prelievo di cornee, un Team di Infermieri facilitatori di processo per il prelievo di organi e tessuti di Piastra Operatoria, un Medico referente per la Rianimazione Ospedaliera, un Medico referente per la Rianimazione Universitaria ed un Medico referente per l'attività di Pronto Soccorso.
Il coinvolgimento di tali professionisti è dettato dalla trasversalità del processo di donazione, all'interno del quale l'identificazione e la segnalazione del soggetto potenziale donatore rappresenta il punto di partenza dei Programmi di *Procurement* Aziendali (PPA) affinché l'evento donativo possa essere considerato da parte di tutti i professionisti una routine assistenziale, in

tutte le sue linee donative:
- la donazione di organi da donatore a cuore battente;
- la donazione di tessuti da donatore a cuore fermo (donazione multitessuto);
- la donazione delle sole cornee.

Le attività dell'Ufficio di Cordinamento Locale sono:
- identificare i potenziali donatori di organi e tessuti a cuore fermo e a cuore battente in tutte le Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera;
- verificare la manifestazione di volontà del potenziale donatore o dei familiari;
- valutare l'idoneità del potenziale donatore;
- gestire i rapporti con il Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia Romagna;
- gestire gli atti amministrativi relativi ai prelievi di organi e tessuti, con conseguente trasmissione delle documentazioni agli organismi competenti;
- supportare le famiglie dei donatori;
- predisporre percorsi organizzativi aziendali finalizzati all'attività di procurement e la loro continua revisione elaborando protocolli che facilitino il complesso percorso delle donazioni, riducendone le criticità attraverso la sua parziale standardizzazione;
- monitorare ed analizzare gli indicatori di efficienza, efficacia e qualità dei processi di donazione condividendoli con il Centro regionale trapianti ed utilizzandoli anche per la ricerca;
- analizzare il fabbisogno formativo del personale coinvolto nell'attività di *procurement* ed organizza incontri periodici, seminari, corsi e convegni per rispondere a tale necessità, favorendo l'aggiornamento continuo dei professionisti coinvolti nel processo di donazione all'interno della propria Azienda;
- svolgere, in collaborazione con gli Enti di volontariato, attività di sensibilizzazione ed informazione della popolazione, soprattutto nelle comunità scolastiche;
- costruire e potenziare la rete relazionale fra professionisti coinvolti nel processo.

Per rendere possibili queste attività è necessario una continua sinergia tra le Direzioni, Direzione delle Professioni Sanitarie e Direzione Medica di Presidio e con tutte le unità operative e servizi dell'Azienda.

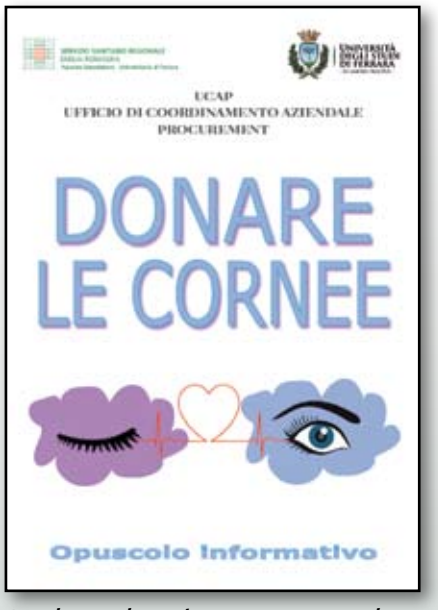
Gianluca Marinelli – Nell'Ospedale del Delta, l'attività è aggiuntiva a quella ordinaria, incrementa i carichi di lavoro degli operatori coinvolti per gli aspetti clinici, assistenziali, burocratici e relazionali.
Questi aspetti richiedono una specifica attenzione dell'organizzazione, riguardo la suddivisione delle azioni oltreché delle risorse necessarie, meglio se dedicate, durante tutte le fasi del processo di donazione.
Il rapporto con i colleghi attualmente è di grande collaborazione ma la mancanza di personale dedicato da destinare alle attività di prelievo a volte può innescare situazioni conflittuali dovute ai carichi di lavoro pressanti.
Il ruolo dell'infermiere di Procurement nel sensibilizzare all'interno e all'esterno dell'ospedale è sicuramente determinante per lo svolgimento dell'attività di donazione futura.
Alcuni dei nostri colleghi infermieri non conoscevano l'Infermiere di *Procurement*, ne l'esistenza dei percorsi e dei processi sulla donazione. Questo tipo di attività, molto particolare, è sicuramente svolta al meglio quando all'interno delle organizzazioni in cui viene svolta è conosciuta e devo dire, per me importantissimo, anche condivisa.

Federica Braga – L'Ufficio Coordinamento Locale presso l'Ospedale SS.ma Annunziata di Cento ha iniziato il percorso di gestione delle donazioni nel 2000 con grande resistenza da parte del personale che percepiva questa come un'attività aggiuntiva, ma portato avanti con passione e determinazione da chi direttamente coinvolto.

***Melissa Teodorini* – Quali sono le iniziative per sensibilizzare gli operatori interni e la cittadinanza e quali sono le iniziative o gli sviluppi futuri.**

Emanuela Belviso - Per sensibilizzare i professionisti sanitari della nostra Azienda ad aderire alla procedura sulle cornee è stato organizzato un percorso di formazione aziendale che ha visto il coinvolgimento di 241 operatori sanitari dell'Azienda.
Per informare i cittadini a sostegno della donazione di cornee, è stata elaborata con l'Ufficio Stampa, una brochure informativa dedicata all'utenza e distribuita, con la collaborazione di tutti i coordinatori infermieristici, nelle unità operative dell'Azienda Ospedaliera.
Questo strumento ha lo scopo di sensibilizzare e informare l'utenza sull'opportunità della donazione di tessuti anche al di fuori della Rianimazione e rispondere, in maniera semplice e chiara, alle domande che possono sorgere rispetto all'argomento.

In questo periodo siamo impegnati nella strutturazione di un "Percorso di donazione multitessuto a cuore fermo" (cute, segmenti ossei, vasi e valvole, oltre alle cornee) da donatore a cuore fermo, trasversale a tutta l'Azienda.
In programma c'è la progettazione di incontri e corsi di aggiornamento, coordinati dall'Ufficio, che vedranno il coinvolgimento di tutte le UU.OO per un lavoro *in Rete* nell'individuazione di tutti i potenziali donatori di organi e tessuti, come auspicato e fortemente voluto dal Programma Nazionale donazione di Organi 2018-2020, al fine di poter offrire l'opportunità della



Brochure donazione cornee prodotta dall'UCAP

Da sinistra: Emanuela Belviso e Roberto Baroni - Incontro AIDO Argenta – UCAP 31.05.2018

donazione a quanti lo desiderano e garantire una maggiore opportunità ai pazienti in lista di attesa.
Insieme all'AIDO, con le quali abbiamo già messo in campo diversi progetti e incontri (Giornata della donazione, Incontro fra UCAP e AIDO di Argenta e Conferenze Stampa) stiamo istituendo percorsi di divulgazione e sensibilizzazione all'interno delle scuole medie secondarie per preparare ed informare gli studenti che si accingono a divenire maggiorenni aiutandoli a fare una scelta consapevole in merito alla donazione al momento del rilascio della prima carta d'identità.

Ed infine, ma non ultimo in ordine di importanza, sto partecipando ad un lavoro coordinato dal Centro Regionale Trapianti e da rappresentanti infermieristici degli Uffici di Coordinamento di Cesena, Parma, Reggio Emilia e Bologna sulla *Valorizzazione delle competenze dell'infermiere di coordinamento applicato al procurement*, auspicando che possa essere riconosciuto, in modo uniforme sul territorio regionale e nazionale, un ruolo ad oggi esercitato con grande devozione ed impegno da molti infermieri.

Federica Braga - Stiamo con costanza affrontando un percorso di crescita. Il primo obiettivo che ci siamo posti è quello di sensibilizzare il personale medico, infermieristico ed anche di supporto, alla segnalazione dei decessi avvenuti nelle U.O. dell'Ospedale; il progetto è partito in associazione con i reparti di Area Medica con delibera della Direzione Sanitaria e verrà diffuso alle restanti unità operative. A settembre si attuerà un programma formativo ALMA (livello base ed avanzato) progettato dal CRT per il personale sanitario. Presenteremo come Ufficio Coordinamento Aziendale Procurement un progetto di incentivazione, supporto e monitoraggio delle segnalazioni da parte di tutte le U.O.
Al momento la gestione del percorso di donazione/prelievo è affidato, per la componente medica, in gran parte al Coordinatore Locale dell'AUSL di Ferrara supportata dai colleghi anestesisti per la parte donativa, coadiuvata dagli infermieri della Terapia Intensiva coinvolti nel processo di prelievo e conservazione ed in buona parte anche nell'organizzazione del trasporto dei tessuti.
Il mio ruolo oltre a quello già illustrato è mantenere i contatti con il CRT per aggiornamenti, formazione e comunicazioni varie; stesura di procedure o istruzioni operative specifiche ed effettuare raccolte dati mirate.
Un riscontro positivo viene dai famigliari dei donatori; non possiamo dimenticare coloro che più volte ci hanno ringraziato per l'opportunità a loro riservata di potersi sentire "utili" anche nel momento del lutto. Ci hanno riferito in molti che la donazione ha dato felicità in famiglia. Personalmente ricordo con piacere i due casi di familiari che, prima ancora che i colleghi del reparto ci allertassero, si sono presentati ed hanno espresso la volontà, nel rispetto del volere del loro caro, di procedere alla donazione. Questi episodi ci confortano nel lavoro delicato che svolgiamo.
Mi auguro di portare avanti il mio lavoro come TPM in maniera sempre più assidua perché è un progetto a cui credo molto e che mi farebbe piacere implementare. Sono convinta che un buon supporto informativo ed educativo possano essere l'arma vincente per la sensibilizzazione del personale così come, in modo più allargato anche a tutta la popolazione.

Gianluca Marinelli – Per aumentare la consapevolezza dei professionisti nel 2016 e nel 2017 con il Direttore della Terapia Intensiva ed il Coordinatore Anna Maria Fabbri, abbiamo organizzato corsi di aggiornamento presso l'OsCo di Comacchio, l'Hospice a Codigoro e nell'Ospedale del Delta, in cui sono stati diffusi sia ai Direttori che ai Coordinatori di tutte le unità operative queste conoscenze. La spinta decisiva ad aumentare
l'adesione dei professionisti al prelievo c'è stata anche grazie alla volontà dell'Azienda che ha elaborato un documento per ricordare ai Medici di segnalare l'eventuale idoneità alla donazione.

Melissa Teodorini – **CONCLUSIONI**
È doveroso dovendo concludere questa intervista dirvi che si è compreso che l'impegno costante nel trovare donatori non è frutto del caso, ma il prodotto di una serie di attività organizzate e di analisi sistematiche che hanno prodotto in alcune regioni italiane come l'Emilia- Romagna una maggior disponibilità alla donazione.
Il sistema donazione e trapianto è l'esempio di come una buona organizzazione, risorse dedicate, professionisti preparati ed adeguatamente formati, nonché una stretta sinergia tra medici ed infermieri, abbiano permesso di migliorare la qualità e l'efficienza delle donazioni e dei trapianti di organo, implementando con risultati eccellenti i programmi di donazione di tessuti.
Per questo già da settembre i colleghi sono contenti di poter dire che le due Aziende hanno raggiunto l'"Obiettivo Cornee", ovvero il traguardo posto dal Centro Regionale del 18% di prelievi sul n. totale dei decessi/anno.
Grazie per i contributi, la passione che avete espresso e che ho sentito nelle parole che avete utilizzato nel raccontarmi la vostra vita quotidiana di Infermieri di *Procurement*.

SCHEDA SINTETICA DOMANDE E RISPOSTE PIÙ FREQUENTI

Perché donare i propri organi e tessuti?
Decidere di donare i propri organi e tessuti dopo la morte è un gesto di grande generosità.
Così facendo si dona ad uno o più pazienti, in molti casi in fin di vita, la possibilità di guarire e riprendere una vita normale.

Quali organi e tessuti possono essere donati da donatore vivente?
ORGANI: rene e parte del fegato.
TESSUTI: midollo osseo, cute, placenta, segmenti osteo-tendinei, cordone ombelicale.

Quali organi e tessuti possono essere donati dopo la morte?
ORGANI: cuore, reni, fegato, polmoni, pancreas e intestino.
TESSUTI: pelle, ossa, tendini, cartilagine, cornee, valvole cardiache e vasi sanguigni.
Un donatore unico può, quindi, aiutare più pazienti.

Fino a quale età si possono donare organi e tessuti?
Non esistono precisi limiti di età. In particolare le cornee e il fegato possono essere prelevati da donatori di età anche superiore a 80 anni.

Come il cittadino può manifestare la volontà a donare organi e tessuti?
In Italia vige il principio del **consenso o del dissenso esplicito** (art. 23 della Legge n. 91 del 1 aprile 1999; Decreto del Ministero della Salute 8 aprile 2000).
Il "silenzio-assenso" introdotto dagli artt. 4 e 5 della Legge 91/99 non ha mai trovato attuazione. A tutti i cittadini maggiorenni è dunque offerta la possibilità (non l'obbligo) di dichiarare la propria volontà (consenso o diniego) in materia di donazione di organi e tessuti dopo la morte, attraverso le seguenti modalità:

- presso gli Uffici Anagrafe di quei Comuni che hanno attivato il servizio di raccolta e registrazione della dichiarazione di volontà, in fase di **richiesta** o **rinnovo** della carta d'identità. La volontà positiva o negativa, confluirà direttamente nel Sistema Informativo Trapianti (SIT), consultabile 24 ore su 24 in modalità sicura dai medici del coordinamento regionale trapianti;
- presso la propria **AUSL di riferimento** o il medico di famiglia, attraverso la compilazione di un apposito modulo. Queste dichiarazioni sono registrate direttamente nel SIT;
- la compilazione del "**tesserino blu**" del Ministero della Salute o del tesserino di una delle **associazioni di settore**, che deve essere conservato insieme ai documenti personali;
- qualunque dichiarazione scritta che contenga nome, cognome, data di nascita, dichiarazione di volontà (positiva o negativa), data e firma, (considerata valida ai fini della dichiarazione dal Decreto ministeriale 8 aprile 2000), anch'essa da conservare tra i documenti personali;
- l'atto olografo dell'Associazione Italiana Donatori di Organi (AIDO). Grazie ad una convenzione del 2008 tra il Centro Nazionale Trapianti e l'AIDO, anche queste dichiarazioni confluiscono direttamente nel SIT.

Se un cittadino non esprime la propria volontà in vita?
La legge prevede la possibilità per i famigliari aventi diritto in qualità di coniuge non separato (o convivente more uxorio), in mancanza di questi, figli maggiorenni e genitori (o tutore legale) di opporsi al prelievo durante il periodo di accertamento di morte.
In assenza di dichiarazione, essi vengono interpellati dai sanitari come testimoni della volontà espressa in vita dal congiunto. Nel caso di donatori minori saranno i genitori (o tutore legale) a dover compiere una scelta.
Essa dovrà essere concorde in merito all'assenso/opposizione, poiché in caso di discordanza non sarà possibile effettuare il prelievo.

Il cittadino può modificare la dichiarazione di volontà in qualsiasi momento?
SI. Sarà comunque ritenuta valida, sempre, l'ultima dichiarazione resa in ordine di tempo secondo le modalità previste.