

PARTE SECONDA

TRACCE INIZIALI ALLA U.S.L. N.22 DI SBT DAL 19 AGOSTO DEL 1992

Il mio arrivo all'ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto risale al 19 agosto del 1992. I primi tre giorni di lavoro sono trascorsi nel Reparto di Psichiatria; successivamente sono stato destinato in Cardiologia UTIC, PS e 118, Rianimazione e, infine, all'Ufficio Turni.

Nel gennaio del '93, dopo aver constatato la situazione esistente all'interno dell'ospedale di SBT e dopo un primo momento di sconcerto per la presenza di una realtà così diversa dal Lancisi, il mio lavoro inizia con una "Indagine Conoscitiva sull'Emergenza Intraospedaliera": bisognava partire da dati oggettivi su cui riflettere e aggregare più colleghi possibili per dare forza alle mie/nostre richieste di modificare l'attuale "non" gestione dell'Emergenza intraospedaliera.

Il lavoro inizia con una "INDAGINE CONOSCITIVA SULL'EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA" USL n. 22 Ospedale di San Benedetto del Tronto

Obiettivo del lavoro

I Servizi/ Reparti dell'Ospedale di S. Benedetto T. sono in grado di dare una risposta adeguata, qualificata e coordinata alle situazioni d' emergenza entro un intervallo di tempo non superiore a 4-8 minuti per evitare la morte o per ridurre la gravità del danno cerebrale?

Metodo

Ai fini di una migliore comprensione dell'indagine si ritiene utile fornire alcune indicazioni.

L'indagine è stata condotta presso l'Ospedale di San Benedetto Del Tronto (AP), Unità Sanitaria Locale n. 22, Regione Marche; comprende 14 Comuni, con una popolazione residente all' 1-1-91 pari a 94.625 individui (rilevazione ISTAT) , con un sensibile incremento nel periodo estivo, su una estensione territoriale di 315 Km²; ricoveri totali 11.091, su 415 posti letto.

Il presidio Ospedaliero di S. Benedetto T. ha 342 posti letto e 10.327 ricoveri, secondo i dati statistici della Regione Marche del 1991.

Il metodo di rilevazione adottato è stato quello dell'osservazione/interrogazione, tramite intervista/questionario auto-compilato dagli operatori sanitari dei vari Servizi/ Reparti, nel Gennaio 1993.

Premessa

L' arresto cardiocircolatorio rappresenta la complicanza più grave fra le emergenze se non trova una immediata risposta. L'intervallo di tempo entro il quale si può agire è molto stretto, non supera i 4-8 minuti.

Oltre questo limite il cervello subisce danni irreversibili. La morte clinica in molti casi è reversibile se le moderne tecniche di rianimazione vengono messe in opera immediatamente; e quindi è possibile evitare non solo la morte dell'intero organismo, la morte cerebrale o la sopravvivenza in stato vegetativo persistente, ma anche

ridurre la gravità del danno cerebrale e delle invalidità globali nei sopravvissuti. I primi interventi rianimatori possono essere attuati ovunque, senza attrezzature specifiche e da chiunque, purché debitamente istruito. In alcuni casi una rianimazione di base di breve durata è sufficiente per assicurare un recupero pronto e completo. Una rianimazione tardiva produce drammatiche conseguenze. I costi sociali di una lesione cerebrale sono enormi. Tali costi ricadono in diversa misura sul paziente, sulla sua famiglia e sulla società in genere.

La cura a lungo termine dei pazienti in coma irreversibile, sopravvissuti a eventi anossici assorbono ogni anno patrimoni di denaro e di indescrivibili sofferenze emotive. E' pertanto necessario che chi è chiamato per primo ad affrontare l'emergenza sia specificatamente preparato per affrontarla affinché non vengano perdute quelle poche possibilità di successo esistente. La prognosi del paziente in termini di sopravvivenza e di recupero globale della funzionalità è strettamente legato alla gravità e alla durata dell' insulto, alla prontezza, alla qualità della rianimazione d'urgenza e all'inizio precoce di una assistenza qualificata post-rianimatoria mirata al recupero delle funzioni cerebrali. Il personale sanitario dovrebbe essere in grado di dare una risposta adeguata alle situazioni d' emergenza per ridurre la mortalità e la gravità del danno cerebrale con:

- la capacità di riconoscere i segni dell'arresto cardiocircolatorio
- l'inizio immediato della Rianimazione Cardio polmonare Cerebrale per il sostegno del circolo, fino alla ripresa del polso spontaneo o all'arrivo del personale del sistema di soccorso, prontamente attivato con il carrello di rianimazione, per il ripristino e il mantenimento delle funzioni vitali.

INDAGINE CONOSCITIVA

Metodo di rilevazione: Osservazione/Interrogazione tramite intervista e questionario auto-compilato

1) Il servizio/ Reparto dispone del carrello per l'emergenza?

SI..... NO..... Adulti..... Pediatrico.....

- E' facilmente trasportabile? SI..... NO.....
- E' sempre allo stesso posto? SI..... NO.....
- Il controllo dell'occorrente necessario viene effettuato dopo ogni utilizzazione? SI..... NO.....
- Con firma e data del controllo effettuato? SI..... NO.....
- Viene effettuato un controllo ad intervalli di tempo regolari per assicurare che i medicinali e il materiale sterile non siano scaduti? SI..... NO.....
- Viene verificata regolarmente la funzionalità degli apparecchi? SI..... NO.....

2) Cosa disponete per affrontare l'emergenza?

- Elettrocardiografo SI..... NO.....
- Defibrillatore SI..... NO.....
- Pallone Ambu SI..... NO.....
- Maschere SI..... NO.....
- Cannule orofaringee SI..... NO.....
- Farmaci SI..... NO.....

Tabella - Risultati Del Questionario

Presidio Ospedaliero di San Benedetto del Tronto (AP)
26 Servizi/Reparti

- 1) Il Servizio/Reparto dispone del carrello per l'emergenza?
 NO = 17 SI = 9
 - Facilmente trasportabile NO = 18 SI = 8
 - Stesso posto NO = 17 SI = 9
 - Controllo occorrente NO = 20 SI = 6
 - Firma e data NO = 25 SI = 1
 - Intervalli regolari NO = 23 SI = 3
 - Funzionalità apparecchi NO = 23 SI = 3

- 2) Cosa disponete per affrontare l'emergenza?
 - Elettrocardiografo NO = 12 SI = 14
 - Defibrillatore NO = 21 SI = 5
 - Pallone AMBU NO = 7 SI = 19
 - Maschere NO = 7 SI = 19
 - Cannule NO = 11 SI = 15
 - Farmaci NO = 6 SI = 20
 - Liquidi NO = 3 SI = 23
 - Bombole O2 NO = 6 SI = 20
 - Piano rigido NO = 16 SI = 10
 - Occorrente intubazione NO = 21 SI = 5
 - Occorrente incannulazione NO = 6 SI = 20
 - Sistema di aspirazione NO = 12 SI = 14

- 3) C'è un numero radio/telefonico privilegiato per l'emergenza? NO = 22 SI = 4

- 4) Vengono effettuati corsi di aggiornamento per l'emergenza?
 NO = 25 SI = 1

Analisi dei Risultati dell'indagine

La tabella mostra i risultati totali delle risposte date al questionario dal personale sanitario dei 26 Servizi/ Reparti.

N.8 S/R dispongono di un carrello per l'emergenza adulti e 1 Servizio ha l'occorrente minimo per affrontare un ' emergenza pediatrica.

- N. 1 solo controlla l'occorrente necessario dopo ogni utilizzazione e solamente 1 con la data e la firma di chi effettua il controllo.
- N. 3 S/R effettuano un controllo ad intervalli di tempo regolari per assicurare che i medicinali e il materiale sterile non siano scaduti.
- N. 3 S/R verificano regolarmente la funzionalità degli apparecchi per l' emergenza.
- N. 12 S/R non dispongono di un elettrocardiografo.
- N. 21 S/R non dispongono di un defibrillatore.
- N. 7 S/R non dispongono di un AMBU.
- N. 11 S/R non dispongono di cannule orofaringee .
- N.6 S/R non hanno farmaci di assoluta necessità in casi di emergenza e n.3 non hanno liquidi da infondere.
- N. 6 S/R non dispongono di bombole di O2 con flussometro.
- N. 16 S/R non dispongono di un piano rigido per un eventuale massaggio cardiaco esterno.

- N. 21 S/R non hanno l'occorrente per l'intubazione tracheale.
- N. 6 S/R non hanno l'occorrente per l'incannulazione venosa.
- N.12 S/R non hanno un sistema di aspirazione.
- N. 22 S/R non hanno un numero radio/telefonico privilegiato per l'emergenza.
- Solo il Servizio di rianimazione effettua corsi di RCPC.

Nessuna delle ambulanze in dotazione al PS dell'Ospedale è attrezzata come centro mobile di rianimazione; sono sprovviste dell'occorrente per monitorizzare l'ECG, del defibrillatore, solo due ambulanze hanno un aspiratore,e solo una è fornita di un ventilatore meccanico non utilizzabile, perché obsoleto.

Per il trasferimento di un paziente critico in centri più idonei si utilizza un respiratore portatile Bennett e il defibrillatore con monitor della Rianimazione, la quale ne rimane sprovvista per tutto l'intervallo di tempo necessario al trasporto (questo defibrillatore da sempre utilizzato dalla Rianimazione è inventariato al PS).

Il Servizio di Radiologia dovrebbe essere dotato di un carrello adeguatamente attrezzato, facile da trasportare, per le eventuali emergenze nei vari punti diagnostici; essendo il passaggio obbligato dei poli traumatizzati gravi in fase clinica instabile, evolutiva con un più alto rischio di complicanze critiche.

Considerazioni finali dell'indagine

Per affrontare in modo strategicamente efficace le emergenze ovunque esse si verificano, è necessaria la realizzazione di un sistema di interventi integrati, di una organizzazione adeguata, competente, capace di agire in tempi molto brevi con schemi di intervento predisposti. Gestire varie situazioni in emergenza è difficile, per questo non è possibile improvvisare. L'uso dei protocolli indicanti sequenze logiche coordinate nell'affrontare una emergenza sono per l'operatore una traccia da seguire quando è il momento di agire velocemente senza dover discutere di cosa sarebbe meglio fare.

Il protocollo preparato dall'equipe in maniera multidisciplinare è uno strumento di integrazione tra infermiere-medico-organizzazione che risponde ad un criterio efficientista,fornisce una linea d'azione per il comportamento dell'operatore e orienta verso il risultato da raggiungere: salvare una vita umana o evitare danni permanenti. I requisiti indispensabili per un trattamento efficace dell'arresto cardiocircolatorio in ospedale secondo la Federazione Mondiale Delle Società Di Anestesiologia/ P. Safar e N.G. Bircher (1990) sono:

- un alto grado di preparazione del personale
- carrelli di rianimazione adeguatamente attrezzati e possibilmente dislocati in punti strategici dell'ospedale
- numero telefonico privilegiato per attivare il sistema di allarme in modo che vengano richiamati nella sede dell'arresto il carrello della rianimazione e il personale del sistema di soccorso
- periodici corsi di aggiornamento del personale medico e infermieristico.
Anche il personale specializzato quando rimane per un certo periodo di tempo senza eseguire manovre di rianimazione compie degli errori tecnici.

Si propone di introdurre corso di base RCPC collegandosi con l'AAROI Marche per la formazione continua in Rianimazione Cardiopolmonare Cerebrale (RCPC) e nell'Emergenza sotto la supervisione della Dr.Sofia Di Tizio, primario della cardio-rianimazione adulti e pediatrica del G.M. Lancisi di Ancona.

LA VITA LAVORATIVA ALL'INTERNO DEI REPARTI AL MADONNA DEL SOCCORSO DI SBT

L'organizzazione della vita lavorativa all'interno del reparto seguiva delle regole oramai consolidate nel tempo, il primario e i medici dettavano le regole sul da farsi, il personale infermieristico eseguiva le attività assistenziali generali nei modi "si faceva come si era sempre fatto" e nei tempi prestabili con l'effettuazione dei prelievi, il "giro letti" con l'assistenza diretta alle persone non autosufficienti, la distribuzione della colazione, l'effettuazione della terapia, la visita medica, l'aggiustamento della terapia, eventuali risposte ai campanelli, la distribuzione del pranzo, la terapia del pomeriggio, eventuale risposta ai campanelli, preparazione della cena, la camomilla prima delle luci notturne e poi tutti a letto, eventuali risposte ai campanelli, e il mattino successivo tutto riniziava.

Il giro visita veniva effettuato normalmente dal primario (i vari Sorge, Ripani, Guido, Bollettini, Cappelli, Boccabianca, De Franco, Dardari, di grande autorità e autorevolezza), capo sala, con la severa Rita Palestini e con la giovane Mariella Spinozzi, molte ancora le Suore con Suor Iris alla Medicina, Suor Ivana diretrice alla Scuola regionale per infermieri, e dai medici, copriva l'intera mattinata, dalla colazione al pranzo.

La capo sala terminato il giro visita distribuiva il vitto e aggiornava il foglio della terapia a matita, aggiustava il vitto, seguendo le indicazioni dettate dal primario che aveva appuntato nell'agenda durante la visita.

Indicazioni e divieti su fogli appesi su bacheche o porte, ovviamente nessun protocollo o procedure condivise e basate su evidenze documentate o suddivisione scritta del lavoro.

Il personale del reparto era composto da medici, capo sala, infermieri professionali e generici, ausiliari che effettuavano principalmente le pulizie del reparto.

Il clima all'interno del reparto era generalmente tranquillo.

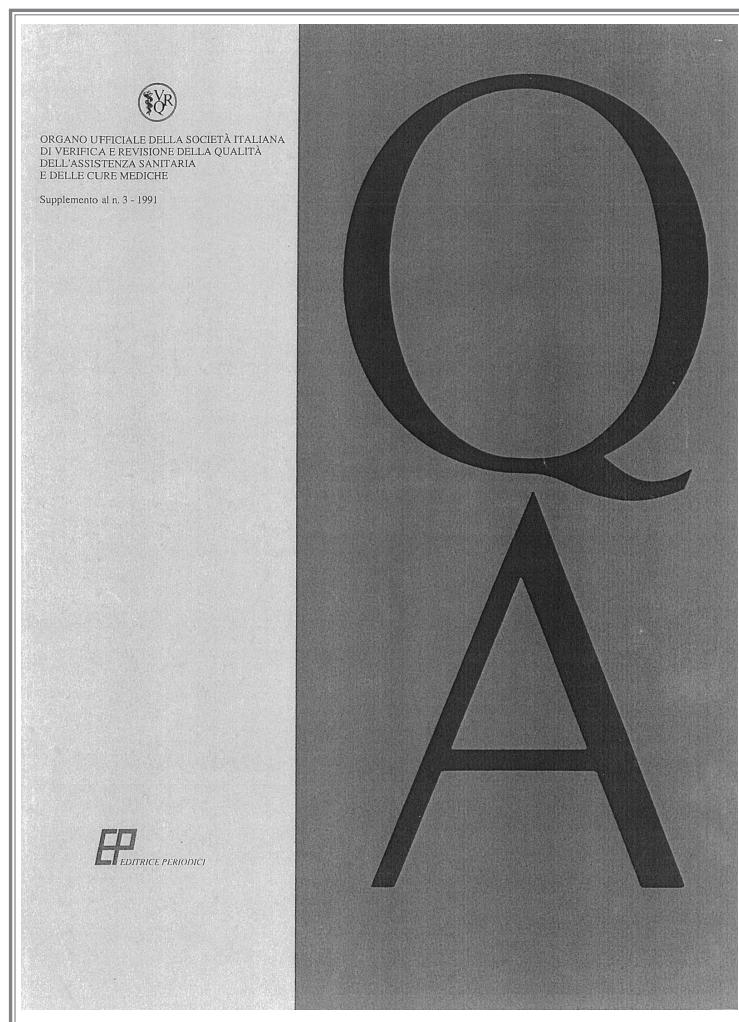
NASCITA DEL GRUPPO "VRQ"

La conoscenza sempre più approfondita della realtà operativa, nonché i risultati emersi a seguito della indagine sul sistema di emergenza, ha reso evidente la necessità di intraprendere percorsi di miglioramento.

Il "gruppo" nasce dopo circa un anno dal mio arrivo all'ospedale di San Benedetto, sulla scia del modello Lancisi ripropongo lo stesso percorso, con l'aggregazione spontanea aperta di amici e colleghi del mondo del lavoro che condividono le mie perplessità di natura assistenziale, soprattutto nell'area dell'emergenza, e sulla necessità di avviare un percorso per rinnovare, aggiornare e migliorare alcune realtà assistenziali, non adeguate alle attuali conoscenze.

L'altro aspetto fondamentale è la motivazione e il crescente disagio, in una società che sta velocemente cambiando, di sentirsi inadeguati per l'assistenza limitata e spersonalizzata fornita ai cittadini.

Il gruppo prende il nome dalla giovane Società Italiana di VRQ, nata nel 1984, una società scientifica, aperta a tutti coloro che operano e sono coinvolti nel settore della Sanità, che incoraggiando e sostenendo attività applicative di studio, ricerca, organizzazione, informazione e formazione, ha lo scopo di promuovere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.



L'obiettivo di questo gruppo è quello di migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica, di approfondire le conoscenze attraverso la formazione, con una riorganizzazione delle attività assistenziali, più rispondente alle necessità del paziente, per lo sviluppo della professione infermieristica.

L'evoluzione del concetto di assistenza del ruolo infermieristico, sotto la spinta delle trasformazioni nella cultura della salute e della società in generale, mette in discussione fortemente il nostro modo di operare, evidenziando la necessità di un cambiamento. Il nostro lavoro è oggi caratterizzato da un'assistenza subordinata, esecutiva, frammentaria e ripetitiva, che tende a risolvere i problemi emergenti, e soprattutto è un'assistenza di supporto all'attività medica.

È tempo ed è attuabile un modello di assistenza centrato sulla persona, rivolto ai problemi-bisogni di salute dell'uomo malato, in cui l'infermiere è un professionista che lavora con metodo, che utilizza protocolli, che organizza il proprio lavoro, che ha aree di autonomia ed aree di collaborazioni con altri professionisti per una giusta legittimazione e dignità della professione infermieristica.

In uno dei primi incontri strutturati ho presentato il risultato dell'indagine sullo stato dell'arte dell'emergenza intra ospedaliera.

Attività svolta dal gruppo:

- **incontri/riunioni periodiche:** ci si riuniva in ospedale, presso la sala delle riunioni/convegni oppure in un'aula della Scuola Infermieri;
- **elaborazione e presentazione dei risultati** del questionario sullo stato dell'arte del nostro ospedale sull'emergenza intra ospedaliera;
- **proposta di Piano di lavoro UTIC:** primi prototipi di formalizzazione dell'attività assistenziale effettuata nelle 24 ore nei tre turni, con richieste e proposte di riorganizzazioni per migliorare l'attuale assetto strutturale ed organizzativo, per assicurare al paziente una migliore assistenza.



- **necessità di inserire protocolli/ procedure;**

L'incontro **"La prevenzione del rischio infettivo - Gestione dell'emergenza"** sulla necessità dei protocolli/procedure, è stato organizzato con il Servizio di Igiene Ospedaliera USL N.7 di Ancona con il coinvolgimento della Direzione Sanitaria e di relatori esterni, quali la dottoressa Enrica Martini e gli infermieri Lidia Fontana e Roberto Bruschi, per la presentazione ufficiale in sala convegni a tutti gli operatori dei reparti/servizi dell'Ospedale e agli studenti della Scuola Infermieri dei protocolli/procedure. L'incontro aveva principalmente due finalità: approfondire e rafforzare le nostre conoscenze teoriche per migliorare la qualità del lavoro e confrontarci con altre realtà per verificare se certe procedure o metodologie adottate rispondevano a corretti criteri igienici sanitari con la finalità di tutelare la salute delle persone malate e di noi operatori. Ove si rilevavano modalità operative non più corrette, si aveva l'obbligo di rivedere certe attività e correggerle. Da qui la necessità di un continuo aggiornamento scientifico in una realtà dinamica come quella socio sanitaria, dove le aspettative dei cittadini mutano, e il bisogno di fare le cose che servono per ridurre anche la crescente spesa sanitaria.

Sono state fornite e stilate le prime indicazioni sul materiale necessario da assicurare in tutti i reparti per un "carrello" dedicato alla gestione dell'emergenza, adulti e pediatrico, in caso di arresto cardiaco all'interno dell'ospedale.

Successivamente è stato fatto un incontro su "Cure pulite cure sicure" con l'attenzione sull'importanza del "lavaggio delle mani". Relazionavano Enrica Martini e Fabio Mazzufero, infermiere coordinatore, promotore della nascente Oncematologia dell'Ospedale di Torrette di Ancona.

Unità Sanitaria Locale n.22 - San Benedetto del Tronto

**LA PREVENZIONE DEL
RISCHIO INFETTIVO**

PROTOCOLLI

Realizzati a cura del gruppo

"Verifica e revisione di qualità dell'assistenza infermieristica"

Novembre 1992

I N D I C E

- PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	Pag. 3
- RACCOMANDAZIONI UNIVERSALI	4
- ESPOSIZIONI ACCIDENTALI: COSA FARE	5
- EMERGENZA ADULTI	6
- EMERGENZA PEDIATRICA E NEONATALE	8
- CARRELLO MEDICAZIONE	9
- LAVAGGIO IGIENICO DELLE MANI	10
- LAVAGGIO ANTISEPTICO DELLE MANI	11
- LAVAGGIO PREOPERATORIO DELLE MANI	12
- ANTISEPSI DELLA CUTE INTEGRA PRIMA DELLA TERAPIA INTRAMUSCOLARE, SOTTOCUTANEA E IPODERMICA	13
- ANTISEPSI DELLA CUTE INTEGRA PRIMA DI CREARE UN ACCESSO VASCOLARE: INCANNULAZIONE VASALE, ENDOVENE	14
- DISINFEZIONE DI TAPPI, DISPOSITIVI IN GOMMA, RACCORDI DI VIE INFUSIONALI E DRENAGGI	15
- CURA DELLE FERITE; APPLICAZIONE DI UNA MEDICAZIONE STERILE	16
- ANTISEPSI DI PIAGHE ED ULCERE DA DECUBITO	17
- ANTISEPSI DELLE USTIONI	18
- SONDINO NASOGASTRICO	19
- CATETERIZZAZIONE	20
- BRONCOASPIRAZIONE	21
- TOILETTE DEL CAVO ORALE	22
- CURA TRACHEOSTOMICA	23
- DISINFEZIONE TERMOMETRI	24
- DISINFEZIONE DI MATERIALE IN VETRO, METALLO, GOMMA E PLASTICA PRIMA DI INVIAIRLI PER LA STERILIZZAZIONE	25
- DISINFEZIONE, STRUMENTAZIONE PER PADELLE, PAPPAGALLI E VASI	26
- DISINFEZIONE AD "ALTO LIVELLO" DI APPARECCHIATURE E MATERIALI UTILIZZATI PER L'ASSISTENZA RESPIRATORIA	27
- PULIZIA E DISINFEZIONE AMBIENTALI NELLE AREE DESTINATE AL PAZIENTE	28
- RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	29

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

EMERGENZA ADULTI

VIE AEREE

- Laringoscopio con due lame (n.3 e 4)
- Ambu con presa O2
- Pallone O2 da 2 litri (valvola non reinspiro)
- Maschere n. 4 - 5 - 6 con raccordo angolato standard (uno per ogni misura)
- Tubi endotracheali cuffiati n. 6 - 7 - 8 - 8.5 - 9 (due per ogni misura)
- Mandrini standard (due)
- Cannule faringeo n. 1 - 2 - 3 (due per ogni misura)
- Tubi corrugati con raccordi ruotanti (due)
- Fonendoscopio
- Fettuccia gia tagliata
- Fissatubo
- Cerotto di stoffa alto cm 1 e cm 2 (due rotolini)
- Pinza intubazione nasale
- Lubrificante monodose (due bustine)
- Sondini per aspirazione n.12 - 14 - 16 (quattro per misura)
- Sacchettino con tubo di connessione + spia
- Sondino gastrico n. 12 - 14 - 16 (due per misura) con sacca
- Fissabraccio (due)

INCANNULAZIONE VENOSA

- Laccio emostatico
- Cateteri venosi corti G 14 - 16 - 18 - 20 (quattro per ogni misura)
- Cateteri monolume G 16 - 18 per incannulazione giugulare
- Guide 16/18 - 18/20 da cm 40 (due per misura)
- Guanti sterili n. 6,5 - 7 - 7,5 - 8 (due paia per numero)
- Telini sterili (due)
- Pacchetti garze sterili (2 piccole, 4 medie e 4 grandi)
- Camice monouso
- Siringhe da 2,5 - 5 - 10 (da 50 ml per pompa)
- Deflussori macrogoccia (quattro)
- Prolunghes con rubinetto da cm 10 - 100 (tre)
- Prolunghes con rubinetto da cm 120 per pompa infusionale (due)
- Rubinetti da tre vie (quattro)
- Microlance e lame da bisturi n.11
- Cerotti sterili (steri-strip)
- Medicazioni sterili
- Cerotto Fixomull cm 5
- Fili cute ago retto (due)

LIQUIDI

- Fisiologica 500 ml (due flaconi)
- Glucosio 5% 500 ml (due flaconi)
- Emagel 500 ml (due flaconi)
- PPS 250 ml (due flaconi)
- fisiologica fiale da 10 ml
- Glucosio 10% fiale da 10 ml

FARMACI (una scatola per farmaco)

- Adrenalina
- Atropina
- Calcio Cloruro
- Dopamina
- Dobutamina
- Lidocaina
- Urbason
- Inderal o Betaneg
- Bicarbonato di Sodio 100 ml (due flaconi)

Etichette dei farmaci prestampate

SOPRA AL CARRELLO

- Piano di lavoro sgombro
- Disinfettante iodato
- Contenitore per il materiale tagliente contaminato
- Guanti per protezione operatore
- Forbici

ACCESSORI DEL CARRELLO

- Defibrillatore
- Bombola O2 con flussometro
- Aspiratore
- Piano rigido per MCE

EMERGENZA PEDIATRICA E NEONATALE

VIE AEREE

- Ambu con presa O2
- Pallone Jackson (1. 0,75 - 1)
- Cannule faringea due per le tre misure (0 - 00 - 000)
- Mascherine due per ogni misura (0 - 1 - 2)
- Sondini gastrici due per ogni misura (6 - 8 - 10)
- Sondini per aspirazione tre per ogni misura (Argyle blu, nero)
- Laringoscopio pediatrico tre lame: due curve (2-3) e una retta
- Tubi endotracheali in silicone due per numero
(2,5 - 3 - 3,5 - 4 - 4,5 - 5 - 5,5)
- Tubi corrugati con tubicini di raccordo, già montati
(due per numero)
- Pinza intubazione nasale
- Mandrini per tubo endotracheale (due)
- Cerotto di tela alto cm.1 (due)
- Lubrificanti monodose
- Cuscinetti reggitesta
- Fissabraccia

INCANNULAZIONE VENOSA

- Laccio emostatico
- Cateterini G 20 - 22 - 24 (due per misura)
- Guide 18/20 - 22/24 lunghe cm.40 (due per misura)
- Guanti sterili (due paia per numero)
- Telini sterili pediatrici
- Pacchetti di garze sterili (piccole - medie)
- Tamponcini disinfettanti
- Microlance e lame da bisturi n.11
- Rubinetti a tre vie
- Raccordino tipo Abbotth
- Prolungherie con rubinetto cm.50 - 100 (due per misura)
- Deflussori microgoccia (due)
- Siringhe da cc.1 - 2,5 - 5 - 10 (da 50 per pompa)
- Cerotti sterili -steri strip- (due buste)
- Medicazione sterile
- Cerotto Fixomull cm.5
- Fili cute ago retto (due)
- Reggipolso e reggipiede

LIQUIDI

- Fisiologica 100 ml (due)
- Glucosio 5% 100 ml (due)

- Fisiologica fiale 10 ml
- Glucosio 5% fiale 10 ml

FARMACI (una scatola per farmaco)

- | | | |
|------------------|------------|---------------------|
| - Adrenalina | - Atropina | - Sodio Bicarbonato |
| - Calcio Cloruro | - Dopamina | - Dobutamina |
| - Lidocaina | - Urbason | - Inderal o Betaneg |

Etichette dei farmaci prestampate

- riflessioni sull'organizzazione del Dipartimento di Emergenza: altro importante e significativo incontro, dal titolo **"Organizzazione del Dipartimento di Emergenza intra ospedaliera e territoriale"**, dove ho delineato in maniera inequivocabile la collocazione del gruppo e le sue finalità;

Di seguito la mia relazione:

ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA INTRA-OSPEDALIERA E TERRITORIALE¹

L'obiettivo di questo incontro sul Dipartimento di Emergenza è quello di una riflessione sull'attuale organizzazione, sulla necessità di un suo superamento, per un sistema organizzativo dipartimentale per aree omogenee. Un'organizzazione del lavoro flessibile, in grado di superare separatezze, di accrescere i livelli auto-gestionali del lavoro in un regime di rigorosa verificabilità dei risultati, di coniugare scopi di riqualificazione con scopi di crescita salariale.

INTRODUZIONE

In uno stato moderno si deve esigere un sistema di soccorso che possa essere all'altezza di tutti i soccorsi. Un soccorso tempestivo, dentro all'ospedale e fuori, che deve poter coprire tutti i settori della vita sociale, ovunque la vita sia in pericolo o la salute della persona gravemente minacciata.

La salute come valore e diritto della persona, sancito dagli obiettivi delle leggi dello Stato, dalla Costituzione, dalle Organizzazioni Sanitarie Mondiali; ma soprattutto come una nostra scelta di campo, la scelta di porre l'uomo al centro del sistema sanitario...

La nostra scelta di metterci in discussione - di migliorare continuamente con metodo il livello dei comportamenti etici professionali negli ambienti in cui operiamo - con tenacia e continuità - nella consapevolezza delle difficoltà che si incontrano - una riflessione indispensabile per contestualizzare ai giorni nostri l'attività da noi svolta.

È indubbio che l'evento trauma o quello patologico improvviso rappresenti il momento più drammatico per l'uomo e per la sua famiglia, per cui si ha il dovere di offrire una assistenza qualificata e la più efficace ed idonea possibile. I dati statistici dimostrano in modo inconfondibile che un intervento sanitario adeguato e pronto può ridurre non solo la mortalità - che gli americani definiscono "Prevetivable Death" morte evitabile - ma anche gli esiti post-traumatici!, le invalidità permanenti con gli alti costi sociali.

DATI DIFFUSI DALL'OMS DEL 1990 CI MOSTRANO COME IN ITALIA SU 100 POLI-TRAUMATIZZATI 50 MUOIONO PRIMA DI ARRIVARE IN UN OSPEDALE QUALIFICATO - QUESTA CIFRA SCENDE AL 18% NEGLI USA.

LA SOPRAVVIVENZA A DISTANZA DOPO R.C.P.C. ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE - IN STRUTTURE BEN ORGANIZZATE COME QUELLA BELGA - È DEL 17,5% SU 1450 CASI /1990 E PER IL 50% RIMANGONO POSTUMI .

¹ Spunti tratti da:

P. Safar e N.G. Bircher, "La Rianimazione Cardiopolmonare e Cerebrale", 1990;
C. De Vita e F. Valagussa, "Guida all'emergenza cardiologica", 1991;
W.W. Holland, "La Valutazione dell'Assistenza Sanitaria", 1991;
"Valutazione della Qualità dell'Assistenza Ospedaliera", VRQ 1992;
"Il Dipartimento dell'Emergenza Urgenza e Accettazione", Regione Toscana, 1991

Per affrontare in modo strategicamente efficace le emergenze ovunque esse si verificano, è necessaria la realizzazione di un sistema di interventi integrati, di un'organizzazione adeguata, competente, capace di agire in tempi molto brevi che, dai primi minuti successivi al manifestarsi dell'evento, deve estendersi con continuità ed efficienza, fino al superamento dello stato di pericolo.

L'EFFICIENZA COME VALORE MORALE - PER GARANTIRE L'INTERESSE GENERALE - PER LIBERARE RISORSE

Intorno all'organizzazione dell'emergenza si misurano le capacità di coordinare interventi che impegnano tutti i livelli organizzativi del servizio sanitario e chiamano in campo varie competenze, ospedaliero, territoriale, risorse, formazione del personale, educazione civile; tutto questo affiancato da un'attenta e approfondita analisi del territorio.

E' importante sottolineare che l'emergenza non è solo un problema ospedaliero, in genere si verifica lontano dal presidio ospedaliero: sulle strade, nelle abitazioni, nei luoghi del lavoro, ecc.

Sempre più è evidente l'assoluta necessità che il pronto soccorso non abbia i confini fisici dell'ospedale. Perché tale servizio sul territorio acquisti pieno significato e svolga totalmente la sua potenzialità è necessario che il primo soccorso non inizi in ospedale che dovrebbe solo completare l'intervento, ma sia posto in atto, con tempestività e adeguatezza già sul luogo dell'incidente. La necessità, quindi, dell'istituzione di un servizio in grado di portare il più rapidamente ed efficacemente possibile l'ospedale al paziente e non viceversa.

USL n. 24 AP 1993 TEMPI MEDI D'INTERVENTO - DAL LUOGO DELL'EVENTO ALL'OSPEDALE - URBANO 19 MINUTI - PERIF. (15<KM>40) 25 MINUTI

La qualità dell'intervento, come la qualità dell'assistenza durante il trasporto, possono essere decisive del successo e condizionare fortemente la prognosi per il paziente. Il trasporto sanitario deve essere un momento attivo nella catena dei soccorsi, con mezzi idonei, elicotteri, centromobile di rianimazione, apparecchiature ricetrasmettenti, strumenti che consentono la cosiddetta telemedicina con la monitorizzazione, essenziale in molti casi, e l'inizio di terapie mirate, consentendo di diminuire quello che la medicina d'urgenza anglosassone chiama "Therapy free interval". Si richiama l'esigenza di un superamento funzionale delle rigide distinzioni tra divisione e servizi, della separatezza che esiste tra livello e livello, tra servizi collocati in un comune livello, perché essa è separatezza di organici, di metodi, di tecnologie, di costi, ecc, e si vada verso un'organizzazione dipartimentale per grandi blocchi di funzioni che operi come accordo tra l'esterno e l'interno. In essa viene ribadito il valore del lavoro interdisciplinare e della collaborazione di tutti i sanitari dell'équipe.

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

Dipartimentalizzare significa costituire un insieme di servizi come offerta integrata simmetrica alla complessità della domanda, come ad esempio il consultorio, l'ambulatorio specialistico ginecologico, l'ospedale, un'organizzazione che ha come referenti i soggetti di salute come gli anziani, i bambini, i portatori di handicap, oppure le funzioni come la prevenzione, la salute mentale, l'emergenza, ecc.

L'intervento globale - non la parcellizzazione - l'approccio sistematico - la persona come sistema unitario - il fenomeno "uomo" non è analizzabile ed interpretabile facendo unicamente uso di approcci monospecialistici o unilaterali - le esigenze ed i bisogni delle persone sono tra loro collegati ed interdipendenti e vanno quindi affrontati in modo integrato coniugando la dimensione tecnico/specialistica con quella sociale e con gli aspetti più psicologici e relazionali - la tutela della salute richiede un approccio integrato che travalica le mura dell'ospedale e comprende tutte le fasi del processo sanitario - educazione - prevenzione - diagnosi - cura - riabilitazione.

Dove è possibile allocare la risorsa personale in modo mobile e flessibile, cioè in modo che l'operatore possa accedere a tutti i servizi che compongono il dipartimento. Che la flessibilità della risorsa personale sarà possibile programmarla in rapporto alla domanda e agli obiettivi di riqualificazione agendo su un nuovo spazio di lavoro e tempo di lavoro. Si aumenterà ad esempio il tempo di lavoro in quei servizi il cui funzionamento sarà decisivo ad abbattere i ricoveri, prestazioni ad alto costo, disieconomie, ecc. Il salto da compiere è superare un'intera concezione basata esclusivamente sulla centralità della struttura di servizio, cioè lo spazio fisico di lavoro che definisce gli organici, i tempi di lavoro, le gerarchie, le funzioni. Per una forma del lavoro che relativizza la struttura incentrandosi da una parte sulle funzioni e dall'altra sui rapporti tra le funzioni, cioè sulla multidisciplinarietà, sull'interdipendenza. In questo modo gli organici, i tempi di lavoro, le funzioni, saranno definite dall'insieme degli spazi integrati con le relazioni fra i servizi e i servizi e fra i servizi e il territorio inteso nelle sue varie espressioni. Dalla struttura come unico parametro organizzativo, si passa alla relazione fra strutture, operatori e funzioni, e quindi ad una nuova organizzazione del lavoro, integrata, mobile, flessibile, polivalente, con spiccate attitudini alla diversificazione del lavoro. **Il lavoro va programmato, non improvvisato, con un'organizzazione per obiettivi, con valutazione dei risultati raggiunti sia in termini di quantità che di qualità. La programmazione viene decisa dalle esigenze e dai problemi-bisogni del territorio.** La programmazione del lavoro ha bisogno di una fondamentale condizione: la conoscenza permanente ed aggiornata del territorio nelle sue evoluzioni demografiche, urbanistiche, sociali, economiche, ecc; quindi un uso continuo delle conoscenze epidemiologiche. Il dipartimento impone la necessità di un permanente aggiornamento degli operatori, di una iniziale riqualificazione, e di iniziative formative principalmente mirate al gruppo di lavoro. Lo scopo della valutazione della qualità dell'assistenza viene così definito dall'OMS "La valutazione della qualità dell'assistenza tende a far sì che ogni paziente riceva l'insieme di atti diagnostici e terapeutici che portano ai migliori esiti in termini di salute, tenendo conto dello stato attuale delle conoscenze scientifiche, con il minor costo possibile e i minori rischi iatrogeni, ottenendo la sua soddisfazione rispetto agli interventi ricevuti, agli esiti ottenuti e alle interazioni umane avute all'interno del sistema sanitario.

RIORGANIZZAZIONE

È a tutti noto come l'ospedale è a tutt'oggi suddiviso in sezioni o moduli, divisioni, servizi speciali per diagnosi e cura e servizi generali, solo alcune regioni stanno sperimentando forme organizzative diverse. Ogni livello nelle USL è praticamente autonomo e separato dall'altro, ogni servizio di ogni livello è parimenti autonomo e

separato, ogni operatore lavora autonomamente rispetto alle sue funzioni, con conseguente frammentazione della domanda e di allocazione delle risorse e in particolare quelle del personale, in modo tale che persino i costi sono autonomi ed indipendenti fra loro. La divisione è un micro-ospedale di cui non si conosce il livello di efficienza, cioè la determinazione di quale costo sia necessario per realizzare l'assistenza, per le numerose variabili esistenti, non facilmente comparabili. Esattamente come l'ospedale nella sua interezza. In quanto gruppo di posti letto essa esprimerà indirettamente dei costi attraverso ad esempio il tempo di assistenza e non l'insieme di tutti i fattori produttivi. Si dovrebbe passare a degli ospedali organizzati in servizi, aree di degenza e dipartimenti. L'area di degenza distinta da un qualificato livello di assistenza infermieristica strumentale più o meno intensiva.

La gestione di detta area ad un infermiere, la responsabilità medica è relativa ai singoli casi trattati. **Il senso di questa riorganizzazione è in pratica il superamento della frammentazione artificiosa dell'ospedale in divisioni, attraverso un accorpamento delle funzioni assistenziali attorno al malato.**

È del resto una soluzione che richiama l'esperienza di numerosi ospedali privati, ove non esiste alcuna divisione di letto per specialità.

Oggi i paesi europei più avveduti hanno rivisto gli ordinamenti interni sulla base di aree ad intensità di assistenza differenziata, dove il paziente transita a secondo delle esigenze assistenziali. Vi sono paesi che hanno creato strutture alberghiere distinte dall'ospedale, per coloro che non necessitano di assistenza infermieristica; altri che orizzontalmente, organizzano reparti in grado di assistere tutti i post-operati o tutti quelli che si devono operare, ecc. L'area di degenza è quindi a costi omogenei, a cui fa riferimento la contabilità dei costi e quella dei risultati, attraverso indicatori di efficienza per aree. Il metodo generalmente impiegato è quello della composizione dei casi trattati, qualificati per tipo di diagnosi, di terapia, ecc, che variano il bisogno di assistenza e quindi le risorse da impiegare. Si prevedono aree di degenza ad intensità di cura variabile e i dipartimenti, soluzioni cioè in grado di integrare le aree di degenza con il resto, dentro e fuori l'ospedale. Riorganizzare l'ospedale in dipartimenti vuol dire riorganizzare tutti i fattori produttivi, tempi di lavoro, spazi, metodi, organici per gruppi di funzioni. Con questo discorso il parametro di riferimento non è il posto letto o il bacino di utenza; si tratta di superare indicatori di fabbisogno di personale indiretti, per indicatori diretti quali il diverso grado di complessità diagnostico o terapeutico, e la diversa composizione tecnologica che definirà i carichi di lavoro e gli organici. Il carico di lavoro determinerà i nuovi standards di personale, in modo da creare una funzione che correli carico lavorativo e grado di complessità.

Con metodi per rilevare i minuti di assistenza reali come il tiss che si basa sulla quantificazione degli interventi terapeutici o altri metodi che si basano sul livello di dipendenza dei malati e altri ancora.

Gli sviluppi professionali in una area dipenderanno, da una serie di fattori che riusciranno a fare del complesso dell'organizzazione del lavoro un sistema premiante e non solo di tipo economico legato al lavoro realmente svolto e non a meccanismi burocratici indipendenti da quello che realmente si fa.

I mutamenti prossimi e imminenti il quadro normativo le nuove forme assicurative gli ospedali privati gli ospedali/azienda renderanno non più rinviabili i cambiamenti nelle usl che rimarranno se non vogliono diventare ospedali residuali.

Aprile 1993

PROPOSTA DI DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

Un'altra proposta è stata l'introduzione di una documentazione infermieristica personalizzata a partire dall'area dell'emergenza, con la possibilità di avere alcune informazioni della persona ricoverata, sia anagrafiche che valutative dello stato di salute propedeutico al piano di assistenza, adottando semplicemente la logica Problema-Interventi-Valutazione, con una scheda/documento allegato con tutte le informazioni necessarie (intervento, ferita chirurgica, parametri vitali, cannule centrali e periferiche, catetere vescicale, drenaggi, tracheo, farmaci in infusione o da infondere, etc) per gestire adeguatamente il post intervento. Tutto questo ha permesso la tracciabilità del lavoro svolto, con assunzione esplicita di responsabilità delle cose fatte e non fatte.

<u>DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA</u>	<u>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA</u>
DATI PERSONALI	
Cognome Nome Sesso M... F...	
Nato il a Letto n.	
Comune di residenza Provincia	
Via n. Telefono.....	
Per comunicazioni rivolgersi a.....	
Entrato il Ore Proveniente	
Diagnosi ingresso.....	
Dr:.....	
<u>(E' auspicabile che si arrivi ad utilizzare una sola cartella all'interno della quale ognuna delle professioni ha una propria documentazione)</u>	
VALUTAZIONE INFERMIERISTICA	
Cognome Nome Data	
PARAMETRI VITALI	
PA.....Stabile... Inistabile... Farmacodipendente... Contropulsatore aortico... Assistenza ventricolare... FC.....Ritmo.....Alterazioni.....PMK.....	
Respiro spontaneo...Tipo.....FR... O2 terapia... Tubo endotracheale... Sostituito... IPPV... Pressione assistita... CPAP... Tubo di ayre... Cannula tracheostomica... Sostituita... Temperatura corporea...	
Drenaggi... Perdite...	
ATTEGGIAMENTO PSICOLOGICO	
Calmo... Collabora attivamente..... Passivamente... Agitato... Non collabora... Comunica... Ansioso... Depresso... Assente... Dolore... Localizzazione.....	
STATO DI COSCIENZA	
Orientato... Disorientato... Sedato... Coma... Apertura occhi: spontanea... alla chiamata... al dolore... nessuna risposta... Risposta motoria: obbedisce...localizza...retrae...estende... flessione anomala... nessuna risposta... Risposta verbale: orientata... confusa... inappropriata... incomprendibile... nessuna risposta...	

ALIMENTAZIONE

ALIMENTAZIONE

Libera... Dieta particolare.....	Non si alimenta....
Autosufficiente... Non autosufficiente...	
Sondino naso-gastrico... Sostituito...	
NET... NPT... Mista E/P...	
Vomito...	Ristagno gastrico

ELIMINAZIONE

ELIMINAZIONE

Diuresi spontanea...	Diuretici...
Catetere vescicale...	Sostituito...	
Emofiltrazione...	Dialisi peritoneale...	Dialisi extracorporea...
Alvo regolare...	Uso di lassativi...
Incontinenza...	Sudorazione...

MOBILIZZAZIONE

ABILIZZAZIONE
Autosufficiente...Parzialmente dipendente...
Non autosufficiente...
Lesioni da decubito...Nuca...Sacro...Talloni...

IGIENE

IGIENE Autosufficiente... Parzialmente dipendente... Dipendente...

RIPOSO / SONNO

Riposa senza ausili... con ausili...

DISABILITA' / HANDICAPS

Fisici...Udito...Vista...Fonazione...Psichici...

FISIOTERAPIA

Respiratoria... Clapping... Tosse assistita... Aerosol...
Spirometria incentivante... Drenaggio posturale...

MEDICAZIONI

Ferita chirurgica... Drenaggi... Vena centrale... Periferica...
Arteria... Decubito... Tracheostomia...

PIANO DI ASSISTENZA

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

UNITA' SANITARIA LOCALE N 22
San Benedetto del Tronto
SCHEDA INFERMIERISTICA

COGNOME _____ NOME _____
NATO IL _____ REPARTO _____ LETTO n. _____
INTERVENTO _____
PROGRAMMATO URGENTE REINTERVENTO RINVIAUTO
ESAMI PRE-OPERATORI E.C.G.
GRUPPO SANGUIGNO RH _____ FLACONI IN EMOTECHE
DATA _____ FIRMA _____

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

CLISTERE SI NO DATA _____ ore _____
ESITO _____ FIRMA _____

TRICOTOMIA SI NO DATA _____ FIRMA _____

IGIENE PRE-OPERATORIA DOCCIA BAGNO

PESO Kg :
PROFILASSI ANTIBIOTICA _____

PREANESTESIA _____ Dr. _____

PRATICATA IL _____ ORE _____ FIRMA _____

ATT.TO PSICOLOGICO : CALMO ANSIOSO _____
STATO DI COSCIENZA : ORIENTATO DISORIENTATO _____
HANDICAPS _____ DECUBITI _____

PRIMA DI INVIIARE IN SALA OPERATORIA:
RIMOZIONE PROTESI * VUOTAMENTO VESCICA
INDOSSARE CAMICE * BARELLARE

NOTE: _____
FIRMA _____

Scheda infermieristica
pre operatoria.

SCHEDA POST-OPERATORIA

INTERVENTO _____ CHIRURGO _____

INFERMIERI _____

MATERIALE STERILE USATO :

- SET FERRI n. ____ STER. IL _____ CICLO n. _____
n. ____ STER. IL _____ CICLO n. _____
- SET BIANCHERIA n. ____ STER. IL _____ CICLO n. _____
n. ____ STER. IL _____ CICLO n. _____

ANESTESISTA Dr. _____ ANESTESIA _____

PARAMETRI FINE INTERVENTO

P.A. _____ F.C. _____ RITMO _____

RESPIRO SPONTANEO SVEGLIO SOPOROSO _____
RESPIRO CONTROLLATO SEDATO INTUBATO _____
VASI INCANNULATI: VENA PERIFERICA CENTRALE _____

FARMACI IN INFUSIONE _____

TERAPIA DA PRATICARE _____

ESAMI DA EFFETTUARE _____

CATETERE S.N.G. DRENAGGIO NO SI n. _____

NOTE : _____

FIRMA _____

Scheda infermieristica
post operatoria

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Richiesta di autorizzazione.

REGIONE MARCHE
UNITA' SANITARIA LOCALE N. 22
S. BENEDETTO DEL TRONTO (AP)

Gruppo Verifica e Revisione
della qualità

li. 14\10\93

Al Direttore Sanitario

Ai Primari Reparti
Oculistica
Ortopedia
Otorino

Oggetto : richiesta autorizzazione

Si richiede l'autorizzazione ad attuare in via sperimentale la scheda infermieristica relativa ai soli pazienti che si devono sottoporre ad interventi chirurgici.

Si allega copia di tale scheda che ha lo scopo di organizzare tutte le procedure necessarie per il paziente sottoposto ad intervento chirurgico nelle ore pre e post operatorie: di dare informazioni personalizzate sulle condizioni generali del paziente e di garantire la continuità dell'assistenza.

Distinti saluti.

Benedetto Cicali

Uso dei Disinfettanti e la Sterilizzazione con il coinvolgimento del Primario della Farmacia Dr. Albini del nostro ospedale per la presentazione ufficiale dei protocolli/procedure.

V.R.Q.

**Verifica e Revisione della Qualità
delle cure mediche ed infermieristiche**

**A TUTTO IL PERSONALE SANITARIO
INCONTRO DI STUDIO**

CON IL DOTT. ROCCO ALBINI RESP. SERVIZIO FARMACEUTICO

**IL 17 DIC 93 ORE 15:30
SALA CONVEGNI OSPEDALE**

USO DEI DISINFETTANTI

SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

GRUPPO VRQ

V.R.Q.

**Verifica e Revisione della Qualità
delle cure mediche ed infermieristiche**

**A TUTTO IL PERSONALE SANITARIO
INCONTRO DI STUDIO**

**IL 7 GIUGNO 94 ORE 15:30
SALA CONVEGNI OSPEDALE**

*** I NUOVI PROFILI PROFESSIONALI PROPOSTI**

DALL'EX MINISTRO DELLA SANITA' GARAVAGLIA

*** ATTUALE NORMATIVA**

Incontro dibattito sull'attuale normativa, con l'illustrazione da parte mia dei nuovi "profili professionali".

IL METODO, I RISULTATI POSITIVI, LE CRITICITÀ

Il metodo adottato per accrescere l'interesse e la curiosità dei miei colleghi infermieri e, successivamente, anche dei medici è quello "dell'ingresso in punta di piedi", "dei piccoli passi", nella nuova realtà operativa: lavoravo senza stravolgimenti dell'attività operativa esistente, senza critiche generiche a qualcuno e soprattutto ho sempre mostrato una franca e motivata trasparenza nel porre le soluzioni possibili ai problemi assistenziali rilevati, coinvolgendo, subito dopo una sensibilizzazione di alcuni miei colleghi, dapprima il primario del reparto, sia per il ruolo che per il potere organizzativo esercitato.

Altra strategia adottata è stata quella di coinvolgere alla presentazione ufficiale dei protocolli/procedure relatori noti ed autorevoli, interni ed esterni, in modo da rafforzare la spinta al cambiamento tramite la discussione e la riflessione sui contenuti, sulle evidenze scientifiche e sulla buona pratica assistenziale.

In seguito all'approvazione da parte del primario, si fissava la riunione (o le riunioni necessarie) di tutti gli operatori del reparto con la capo sala per la condivisione dei problemi da affrontare e per indicare i cambiamenti possibili attraverso l'elaborazione di primi prototipi di protocollo/procedura. Successivamente, si sottoponeva la bozza del protocollo/procedura a tutti i responsabili coinvolti nel percorso di stesura definitiva: il responsabile della farmacia per i farmaci richiesti, il provveditorato per gli eventuali acquisti dei presidi medici chirurgici necessari e la Direzione Sanitaria per l'aspetto igienico sanitario. Alla fine della stesura, prima di renderlo operativo, il protocollo veniva presentato al primario per l'approvazione e la firma definitiva.

Al di là delle strategie messe in campo, i risultati più importanti fanno riferimento:

- all'avvio di riflessioni critiche sull'attività lavorativa quotidiana;
- all'inserimento nelle attività dei primi "strumenti operativi", quali protocolli e procedure;
- all'introduzione della documentazione che inizia a rendere tracciabile tutto ciò che viene attuato per la persona assistita;
- all'avvio della consapevolezza della responsabilizzazione nell'operare quotidiano.

Poche erano le resistenze, per lo più singole o di pochi colleghi, molto meno da parte dei medici; alcuni erano interessati ai cambiamenti proposti, altri si disinteressavano, come se non li riguardassero.