

LA GESTIONE INTEGRATA INFERMIERE-OTA DEL PAZIENTE ANZIANO NELL' OBI DI PRONTO SOCCORSO: ASPETTI LOGISTICI, RELAZIONALI, TECNICO ASSISTENZIALI.

Inf. Bartolini Nadia, Marani Davide, Venturini Luca - OTA Montanari Barbara
(Struttura di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ospedale Umberto I° di Lugo (Ra)
Direttore Dott Mario Ravaglia)

Per lo svolgimento della seguente relazione nonché per il rilevamento dati in essa contenuti ci si è avvalsi della collaborazione delle OTA del Pronto Soccorso che cogliamo l'occasione per ringraziare: Novella Guerra, Zambelli Monica, Anna Patassini, Verdiana Fabbri, Anna Valentini, Gigliola Cavina, Valeria Baroncini.

Un ringraziamento anche a Para Stefano afd Pronto Soccorso Lugo.

INCIPIIT

Lo scopo di questa relazione, oltre a sottolineare come si deduce dal titolo, l'importanza dell'integrazione infermiere-ota in pronto soccorso, vuole anche riflettere sulla presenza, sempre in aumento in questi ultimi anni, dell'anziano presso i servizi di emergenza.

Questi a nostro avviso i principali motivi:

- ?? Riduzione dei posti letto nei reparti internistici
- ?? Aumento dell'età media
- ?? Situazioni oggettive di solitudine dell'anziano: necessità di un riferimento (vedi per es. periodi festivi)
- ?? Modificata gestione dell'anziano al domicilio (ingestibilità dell'anziano nel proprio nucleo familiare, ospedalizzazione frequente per rifiuto del decadimento organico e della morte)

Il paziente anziano è impegnativo dal punto di vista assistenziale quindi risulta importante affrontare come servizio di emergenza la molteplicità degli aspetti che coinvolgono a 360 gradi questo tipo di malato.

ASPETTI LOGISTICI

La Struttura di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ospedale Umberto I° di Lugo (RA) è un DEA di 1° livello che conta un afflusso di circa 39000 accessi annuali. Il Pronto Soccorso è fondamentalmente articolato in 3 zone operative:

- 1) zona **triage**
- 2) zona comprendente gli **ambulatori medici**
- 3) zona **OBI** (osservazione breve intensiva)

La zona **triage** è composta da 3 aree:

- ?? la camera calda, così chiamata per permettere l'ingresso in un ambiente a temperatura controllata delle ambulanze, delle vetture e quindi dei pazienti.
- ?? l'area adibita alla raccolta dei dati anagrafici e valutazione soggettiva/oggettiva dei pazienti deambulanti o in carrozzina da parte dell'infermiere triagista
- ?? l'area adibita all'accoglienza e valutazione dei pazienti barellati (trasportati in ambulanza o barellati dall'infermiere triagista)

In queste due ultime aree abbiamo a disposizione le apparecchiature elettro/medicali per la rilevazione dei parametri vitali e il materiale per poter eseguire medicazioni semplici; vi sono inoltre 3 box divisi da tendine per la privacy provvisti di erogatori d'ossigeno ed avvisatori acustici (campanelli).

Dopo aver osservato e valutato il paziente l'infermiere gli attribuisce un codice colore (codice di gravità) il quale viene immesso in un terminale assieme ai parametri vitali che, a seconda dei casi, sono stati eventualmente rilevati.

Le modalità d'attribuzione dei codici colore sono state codificate da una commissione aziendale di medici e infermieri e validate dal direttore dell'Unità Operativa.

E' presente inoltre un sistema di telecamere a circuito chiuso che permette all'infermiere di triage di controllare la sala d'attesa, la camera calda e i due corridoi che attraversano il P.S.

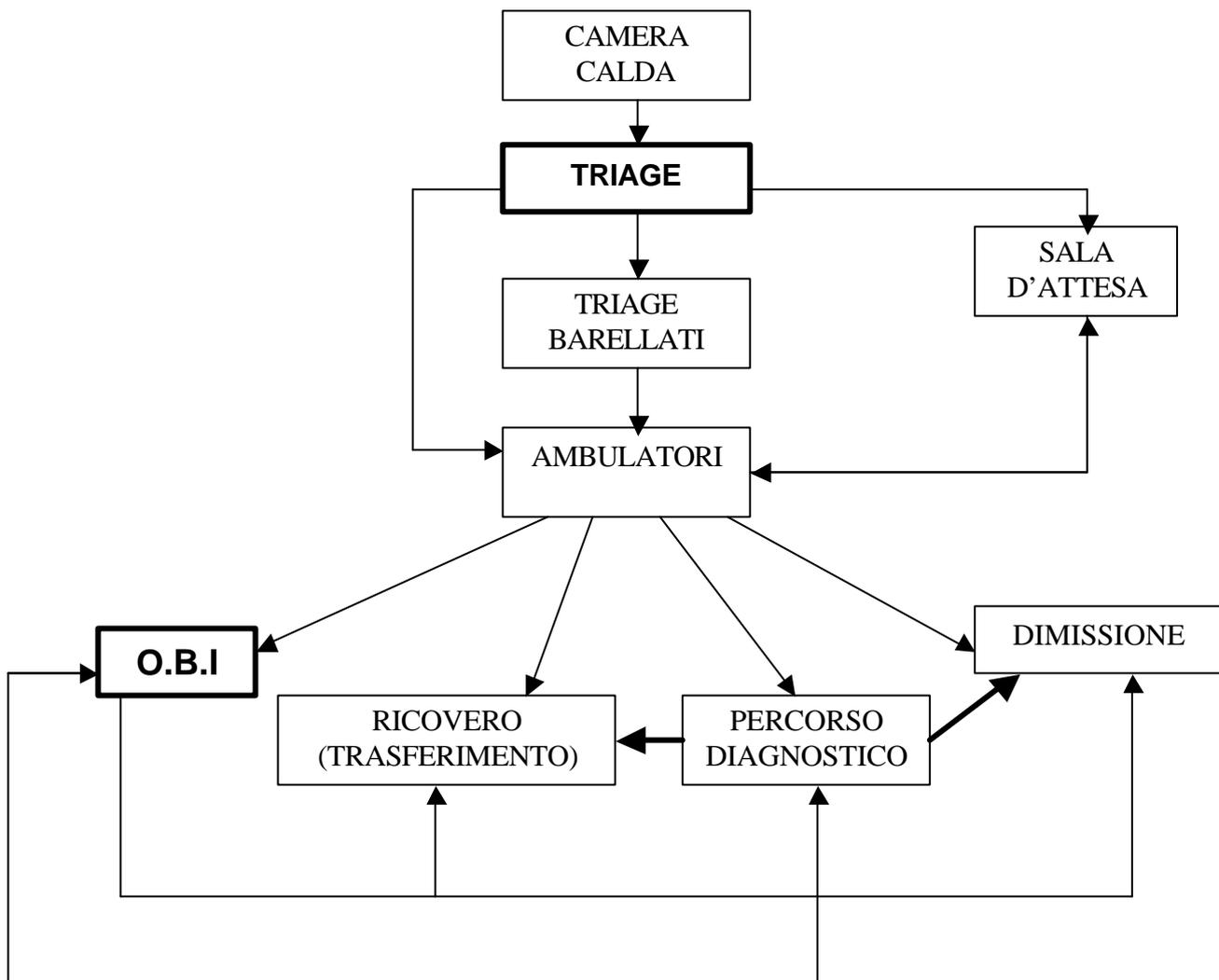
La seconda zona operativa comprende 4 sale o ambulatori nelle quali i medici con la collaborazione degli infermieri, visitano i pazienti. Le sale 1 e 2 sono predisposte per le urgenze primarie (codici colore rossi e gialli) mentre nelle sale 5 e 6 si visitano i pazienti a cui e' stato attribuito un codice colore verde o bianco (minor gravità).

Nella terza zona (sale 3 e 4) si effettua l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) che consiste in un percorso diagnostico-terapeutico della durata di alcune ore.

In questa fase oltre a somministrare la terapia prescritta dal medico si attendono le risposte alle indagini consigliate (esami ematochimici, referti radiologici ecc...) e si effettuano consulenze da parte degli specialisti interni all'ospedale.

Queste due sale possono ospitare fino a 8 pazienti (di cui 6 box sono muniti di erogatori d'ossigeno e avvisatori acustici); inoltre due di questi box possono essere adibiti al monitoraggio cardiaco continuo e all'infusione venosa di farmaci attraverso una pompa peristaltica (es. potassio, antiaritmici, ecc).

Schema dinamico percorso paziente in Pronto Soccorso



Nella gestione dinamica dell'utente in P.S. assieme all'infermiere e al medico, da qualche tempo è presente anche l'ota, l'operatore tecnico/assistenziale.

Precisamente: mattino 5 infermieri (2 al triage), 1 ota per l'OBI, 2 medici- pomeriggio 4 infermieri (alle ore 19 un infermiere smonta dal turno) 1 ota per l'OBI, 2 medici – notte 3 infermieri, 1 ota per l'OBI e 2 medici. Un ota è anche presente saltuariamente al triage barellati di supporto all'infermiere.

All'interno del nostro servizio, la sua operatività oltre ad essere prevista al triage e nelle sale obi, è contemplata anche nelle sale di emergenza in supporto all'infermiere qualora ve ne sia la necessità.

ASPETTI TECNICO ASSISTENZIALI

Come si evidenzia l'attività dell'ota all'interno del nostro pronto soccorso è molteplice ed è composta da momenti autonomi e da momenti in cui la sua operatività interagisce e si intreccia con quella dell'infermiere (e del medico...).

In base alla loro tipologia professionale (corso da ota, corso da adb, ecc...) il Coordinatore assieme al Responsabile di Unità Operativa hanno elaborato un piano di attività e compiti così definito:

- assistenza e controllo agli utenti in attesa di prima visita (triage)
- assistenza di base al paziente (cure igieniche)
- attivazione in caso di avvisatore acustico (campanelli)
- gestione barelle (pulizia e rifacimento)
- pulizia asse spinale
- pulizia carrelli elettrocardiografi
- rifornimento biancheria in tutte le sale
- rifornimento flebo in tutte le sale
- gestione sacchi biancheria sporca
- gestione dei contenitori ROT (rifiuti organici trattati) sia piccoli che grandi
- lavaggio, asciugatura e preparazione ferri e garze alla sterilizzazione
- portantinaggio in caso d'emergenza (su ordine i.p. o del medico di turno)
- affiancamento durante il turno notturno dell'ausiliario al di fuori del padiglione (eccetto ordini diversi dell'i.p. o del medico)
- assistenza durante le visite di consulenza (cardiologo, urologo, neurologo ecc..)
- controllo e rifornimento, durante il turno notturno, di tutti i presidi medico/chirurgici.

L'ota è anche di supporto agli i.p. nelle seguenti manovre:

- vestizione e svestizione dei pazienti
- posizionamento elettrodi per l'esecuzione dell'elettrocardiogramma con la continua e assidua supervisione dell'i.p.
- supporto all'i.p. nella consegna del materiale per medicazioni, posizionamento cateteri vescicali, via venosa, ecc...
- gestione cartacea delle schede obi.
- accompagnamento al medico e infermiere nell'emergenza intraospedaliera
- può essere di supporto al medico durante semplici visite (codici bianchi).

Come è stato precedentemente detto, uno dei momenti dell'iter del paziente è la sosta OBI.

Questo tipo di osservazione è sempre stata attuata nel nostro P.S. ma da alcuni anni si è sentita la necessità di formalizzarlo anche tramite protocolli operativi ed individuazione, in ogni turno, di un infermiere responsabile.

Al fine di documentare statisticamente l'attività svolta e la tipologia di utente nell'OBI, abbiamo elaborato assieme all'ota una scheda di rilevazione da loro stesse compilata; si è deciso di sondare alcune caratteristiche riguardanti l'utenza ultra 64enne che vi ha sostato.

Questa raccolta dati ha impiegato tutto il pool delle ota ed e' stata applicata per trenta giorni (10 febbraio 2004- 11 marzo 2004)

ESPOSIZIONE ED ANALISI DI ALCUNI DATI

In questi 30 giorni hanno avuto accesso al triage di pronto soccorso 3115 pz di cui 1017 con età superiore ai 64 anni, quindi con una media del 33.7%

Per 414 di questi utenti (40,7%) su 829 totali e' stato necessario un percorso di trattamento diagnostico/terapeutico che ha reso necessaria la sosta in O.B.I.; dalla nostra scheda e' emerso che il tempo medio di questa sosta e' stato 3,56 ore.

L'età media di questi 414 pazienti e' risultata essere di 78,7 anni. Risulta quindi evidente come la presenza di anziani sia importante (circa 1/3 degli accessi totale e la metà di tutti gli accessi OBI...) e soprattutto come l'età media della stessa tipologia di malato presente in OBI sia piuttosto elevata (con "punte" fino a 96 anni...).

E' quindi determinante quali-quantitativamente un approccio assistenziale di più figure che si occupi di questo tipo di malato al fine di poter affrontare in maniera sinergica tutte le problematiche che generalmente seguono l'anziano.

A tale proposito i dati che seguono (che meriterebbero sicuramente un maggior approfondimento) possono risultare interessanti per evidenziare l'operatività e la versatilità dell'ota:

- pz allettati che hanno richiesto assistenza il 21%
- pazienti non autosufficienti (con tutte le esigenze richieste) 31.6%
- pazienti che ponevano domande generiche (cosa sto aspettando?, quando arriva il consulente?, quando vado ricoverato?, che ore sono?...) fondamentalmente di carattere relazionale sono stati il 52%
- pazienti ricoverati 55.8%
- assistenza a pz collaboranti 16.2%
- totale chiamate per controllo infusione, cure igieniche, assistenza ai consulenti, per diuresi ed evacuazioni sono state 884.

Alla luce di questi dati possiamo vedere che l'operatività dell'ota all'interno dell'OBI e' alquanto impegnativa, tenendo presente che oltre alla gestione assistenziale sopracitata l'ota deve seguire (vedi protocolli) tutta una serie di compiti che la coinvolgono a "360 gradi".

Facciamo presente che non più tardi di un anno e mezzo fa' tutto questo era a carico dell'infermiere che si staccava dagli ambulatori dell'emergenza per seguire i pazienti in OBI con i disagi che si possono immaginare.

L'inserimento dell'ota ha comportato un notevole miglioramento della qualità tecnico/assistenziale in genere e nello specifico un maggior ascolto delle esigenze dell'anziano in OBI e un monitoraggio visivo continuo dell'utente.

Si evince quindi che diventa molto importante durante la fase dell'osservazione breve intensiva una integrazione tra le due professionalità ota/inf: non dimentichiamo che questo pz nella maggior parte dei casi e' ancora privo di inquadramento diagnostico, le sue condizioni possono variare repentinamente e una delle prime persone ad accorgersene può essere proprio l'OTA che presidia con la sua presenza costante le sale OBI.

Proprio perché la figura dell'ota e quella dell'infermiere si intersechino al meglio, all'interno del nostro PS vengono organizzati dei corsi di formazione ed aggiornamenti per inf e ota nei quali si definiscono i compiti ma soprattutto i ruoli delle varie figure (es: emergenza intraospedaliera, è necessaria una stretta collaborazione tra le due figure ma soprattutto "chi prende cosa").

Riteniamo di determinante importanza ai fini della qualità operativa che **tutti** gli operatori sappiano in automatico cosa fare e questo si può raggiungere inserendo nell'organizzazione della U.O uno spazio dedicato alla formazione che comprenda tutte le figure. A questi proposito ci auguriamo che entro breve tempo le ota in servizio presso il Pronto Soccorso possano tramite modulo riqualificativo trasformarsi da ota in OSS al fine di aumentare la propria autonomia professionale.

ASPETTI RELAZIONALI

Sicuramente l'aspetto relazionale è un fattore importante che coinvolge in primis il rapporto paziente e infermiere/ota e in secondo luogo, da non dimenticare, anche con quello con i parenti e gli accompagnatori dell'utente.

La componente relazionale non è da sottovalutare in quanto, oltre all'aspetto etico deontologico, prende in considerazione anche dei tempi assistenziali importanti.

L'anziano ha dei bisogni specifici dal punto di vista umano e senza dubbio quello più rilevante è la situazione di solitudine alla quale l'anziano chiede una risposta univoca, sotto varie espressioni ma alla fine univoca: la necessità di contatto umano, di relazionarsi in tutti i sensi al fine di non sentirsi più solo e di ritrovare una identità che talvolta pare perduta.

Anche per questo l'anziano spesso coinvolge il personale in conversazioni dilungate su episodi della propria vita (guerra, lavoro etc..) per comunicare un "io sono, io esisto" e sentirsi in qualche modo ancora partecipe alla vita sociale. Tra l'altro è spesso piacevole questo tipo di conversazione in quanto molti anziani riescono a trasmettere con la propria esperienza di vita quegli elementi di riflessione esistenziale che riguardano tutti noi e che spesso sfuggono repentinamente alle nostre vite frenetiche. In altri casi il paziente in OBI che attende la sua destinazione è preso dallo sconforto totale perché completamente solo quindi si rivolge al personale per esprimere il proprio stato d'ansia chiedendo implicitamente di essere ascoltato e considerato come essere umano.

In altri casi ancora il paziente chiama ripetutamente per svariati motivi spesso futili ma che nascondono semplicemente il bisogno di comunicare un "io sono qui".

In tutti questi casi sia l'infermiere che l'ota sono coinvolti, ma essendo l'ota in genere la prima figura a rispondere alla chiamata è anche la "titolare" a gestire questa situazione relazionale che talvolta può generare dei conflitti, soprattutto nei casi di ipercarico di lavoro.

Un altro aspetto relazionale conflittuale sono tutte quelle situazioni in cui la sosta è prolungata e determina uno stato di agitazione nel paziente e nei parenti. Il campanello suona sempre più frequentemente e le domande sono quasi sempre le stesse: "quando vado ricoverato?", "quando arrivano gli esami"? oppure "cosa sto aspettando?".

Nel caso della prima domanda purtroppo la situazione della mancanza dei posti letto nei reparti (generalmente internistici) è piuttosto frequente quindi è un tipo di conflittualità alla cui gestione siamo abituati; il paziente deve sostare ore prima di essere ricoverato quindi il posto letto diventa la barella e un paravento per salvaguardare doverosamente la privacy.

In altri casi di ipercarico lavorativo le attese sono spesso giustificate dal fatto che il medico impegnato nelle sale di emergenza deve "staccarsi" (virtualmente) da quest'ultima per riprendere il caso del paziente in OBI (comunque già stabilizzato) e decidere la sua destinazione.

L'integrazione infermiere-ota è importante in quanto la situazione relazionale diventa più facilmente gestibile perché oltre ad un confronto "strategico" tra le due professionalità si possiedono maggiori risorse "fisiche" per fronteggiarle (non dimentichiamo che ci sono turni in cui l'OBI è perennemente satura, con continuo ricambio di pazienti e la rimiticità con cui suona il campanello è talvolta spazzante).

La figura dell'ota quindi non è solo un tramite tra paziente e infermiere ma diventa elemento attivo per la gestione del caso in quanto può portare la propria esperienza (generalmente riguardante proprio l'anziano) a vantaggio del lavoro d'equipe. Integrazione vista quindi non solo come supporto operativo ma anche come scambio di esperienze (quindi culturale) per accrescere qualitativamente le dinamiche assistenziali.

Uno dei limiti maggiori alla gestione dell'aspetto relazionale e umano è posto proprio dalla mole di lavoro e dallo stress del personale: da qui lo scontro tra l'aspetto etico-deontologico che deve essere sempre considerato nella nostra operatività e quello psicologico che riguarda la gestione dello stress: un infermiere (o un ota) stressato, frustrato, stanco e demotivato sarà sempre meno disponibile a relazionarsi con qualsiasi paziente e tantopiù con quello anziano che è per definizione esigente proprio per le problematiche vissute sopracitate.

Come possiamo quindi affrontare al meglio questa situazione? Indubbiamente gioca un ruolo importante la sensibilità individuale ma possiamo affinare anche dal punto di vista "tecnico" le strategie per migliorare le nostre capacità (corsi di formazione specifici) e imparare innanzitutto ad

ascoltare e gestire le situazioni difficili in modo assertivo. E' ovvio che occorre partire da una "base solida", cioè prevenire lo stress nel personale avendo una buona organizzazione del sistema.

A prescindere comunque da tutto c'è un elemento che non deve mai mancare nel contatto con l'anziano, che ricordiamo è spesso debole, solo, dimenticato, e questa cosa importante è **l'umanità!**

Riteniamo che questo sia il propulsore principale che si dovrebbe attivare automaticamente (indipendentemente dalla figura sanitaria) nell'approccio con il malato e a cui dobbiamo far seguire naturalmente la componente tecnico assistenziale.

In moltissimi casi basta veramente un contatto fisico e poche parole per dare conforto e placare immediatamente uno stato d'ansia, tranquillizzando così il paziente e risolvere in maniera efficace una situazione apparentemente difficile, a vantaggio innanzitutto del malato ma anche dell'intera équipe professionale che può così svolgere il proprio lavoro con maggiore serenità e tranquillità.