



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Sede didattica di Feltre

Tesi di laurea

**RIFLESSIONI SULL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA
AL PAZIENTE MORENTE NELLE STRUTTURE
OSPEDALIERE. L'ESPERIENZA PRESSO ALCUNI
REPARTI OSPEDALIERI.**

STUDENTE

Fabbris Diego

RELATORE

Dott. Matteo Sponga

Anno Accademico 2015 - 2016

INDICE

RIASSUNTO.....	3
INTRODUZIONE.....	5
1. ASSISTERE IL PAZIENTE MORENTE NELLE UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE.....	7
2. IL CONCETTO DI MORTE.....	11
2.1 La morte biologica	
2.2 La morte clinica	
2.3 Conclusioni	
3. LA TERAPIA DEL DOLORE.....	13
4. IL LUTTO.....	15
5. TENTATIVI DI MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE MORENTE NELLE UNITA'OPERATIVE OSPEDALIERE E LE LCP-I.....	17
6. PRESENTAZIONE DELLA SITUAZIONE ATTUALE NELL'OSPEDALE S. MARIA DEL PRATO DI FELTRE.....	19
6.1 Metodologia seguita	
6.2 Presentazione dei risultati	
6.3 Miglioramento della coesione tra professionisti della salute e l'assistenza al paziente morente	
6.4 Il sollievo dal dolore	
6.5 Miglioramento dell'assistenza dell'assistenza nella fase terminale e nell'elaborazione del lutto	
6.6 E' bene assistere da vicino il paziente morente e i suoi famigliari nell'affrontare il difficile momento?	
6.7 La Carta dei diritti del Morente e altri strumenti ospedalieri	
7. CONCLUSIONE.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	31
ALLEGATI.....	33

RIASSUNTO

La tesi elaborata affronta l'assistenza infermieristica al paziente morente cogliendone alcuni aspetti. Si sviluppa in 7 capitoli. Si è voluto, fra l'altro, enfatizzare il concetto di morte, in modo particolare, sul concetto di morte clinica e morte biologica.

Altri aspetti trattati sono la terapia del dolore e il lutto del paziente morente e dei suoi familiari. Inoltre, si fa riferimento a come si possa migliorare l'assistenza infermieristica del paziente morente nelle strutture ospedaliere.

All'interno della tesi viene proposto, infine, un questionario condotto nei reparti di Medicina Generale, Lungodegenza, Geriatria, Chirurgia Generale e Ortopedia/Traumatologia dell'Ospedale S. Maria del Prato di Feltre.

Attraverso il questionario si è voluto comprendere pensieri e conoscenze che gli infermieri che esercitano la propria professione nei reparti ospedalieri per acuti. In questo modo si è pensato di dare un contributo per poter valutare gli ambiti in cui la struttura stessa e la professione infermieristica debba migliorare nell'assistere il paziente che muore negli ospedali.

La tesi è stata ottenuta consultando variegati libri, tesi, lezioni, Il Codice Deontologico, la Carta dei diritti del morente, quanto è espresso dal Comitato di Bioetica. Il questionario, infine, è stato elaborato in modo originale toccando alcuni aspetti di interesse.

Per maggiori informazioni si rimanda alla lettura dell'elaborato.

INTRODUZIONE

L'esperienza e l'ideologia che ognuno di noi ha nei confronti della morte risultano essere soggettive e per questo le Professioni Sanitarie, in modo particolare quella dell'Infermiere, devono interessarsi ed interrogarsi sull'argomento. Questo sforzo deve essere compiuto soprattutto nei reparti ospedalieri, dove si ragiona molto sull'evento acuto e sul trattamento delle patologie e meno per quanto riguarda l'assistenza al paziente morente. Questo viene dimostrato da numerosi studi che evidenziano come i pazienti che sono al termine della loro vita in ospedale ricevano cure che possono essere migliorate. Infatti è possibile dimostrare attraverso questi studi che il controllo dei sintomi non sia ottimale e la comunicazione con i curanti sia inadeguata.

I loro famigliari, infine, non sempre ricevono informazioni e supporto adeguati. Talvolta, infatti, non sono messi nelle condizioni di partecipare all'esperienza di assistenza del proprio caro nel modo in cui vorrebbero. Per questo è di massima importanza che le cure alle persone che stanno morendo siano riconosciute come parte fondamentale, con gli stessi rigorosi standard di valutazione e outcome che si applicano agli altri ambiti dell'assistenza sanitaria.

Una buona morte, nella nostra società dovrebbe essere la norma e non l'eccezione.

A livello attuale vengono considerate gold standard dell'assistenza del paziente morente, le cure palliative, come viene descritto in modo più dettagliato dal Comitato Etico italiano con i pareri espressi nel 1995 sulle cure di fine vita.

Purtroppo però non sempre l'assistito riesce ad accedere a questi servizi, vuoi per l'aggravamento delle sue condizioni o per una concezione sbagliata di queste strutture in Italia (viste proprio come strutture solo per le ultime settimane, giorni di vita) oppure per una carenza stessa delle strutture in confronto alla richiesta. A fronte di ciò, la maggior parte non riesce ad accedere ai servizi e perciò non può favorire della migliore assistenza disponibile. A mio avviso attualmente una soluzione possibile a questo problema è migliorare l'assistenza al morente all'interno delle unità operative ospedaliere, partendo dal principio ovvero discutendo e chiarendo l'etica e la deontologia riguardante questo tipo "particolare" di pazienti. Questa tesi è proprio volta a creare chiarezza e porre delle domande etiche e deontologiche alla professione infermieristica in modo che da questo

elaborato possano nascere ricerche più approfondite e attraverso la realizzazione di un questionario si è cercato di capire cosa pensano e conoscono gli Infermieri dell'Ospedale S. Maria del Prato rispetto ad alcuni aspetti dell'assistenza al paziente morente. L'elaborato si delinea in più capitoli cercando di raggiungere gli obiettivi sopra citati.

1. ASSISTERE IL PAZIENTE MORENTE NELLE UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE

Partendo con il discutere l'assistenza al paziente morente possiamo dire inizialmente che il Codice Deontologico dell'Infermiere all'articolo 35 recita :*“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. [1]”*

Questo articolo afferma che l'Infermiere deve anche prendersi cura del paziente morente tendendo conto non solo del conforto fisico, psicologico, relazionale e spirituale ma anche del conforto ambientale.

Il Codice Deontologico dell'Infermiere, va oltre, e definisce attraverso i suoi articoli, come l'assistenza del paziente terminale non deve riguardare solo la persona malata ma deve prendersi cura anche della società che lo circonda, in modo particolare dei famigliari, dei colleghi/amici fino all'elaborazione del lutto. Infatti, questo concetto è espresso molto bene dai vari articoli, in modo particolare dall'articolo 2 dove si definisce l'assistenza infermieristica come un servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività e l'articolo 39 dove si dichiara che l'infermiere sostiene i famigliari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nell'evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e dell'elaborazione del lutto.

Il dilemma è: fino a che punto è giusto intervenire a livello familiare per garantire un'adeguata assistenza infermieristica?

Questa domanda a livello deontologico non è risolta in modo esplicito, così è necessario che l'Infermiere rifletta su come sia meglio agire a favore delle parti in causa cercando di rispecchiare ciò che queste si aspettano.

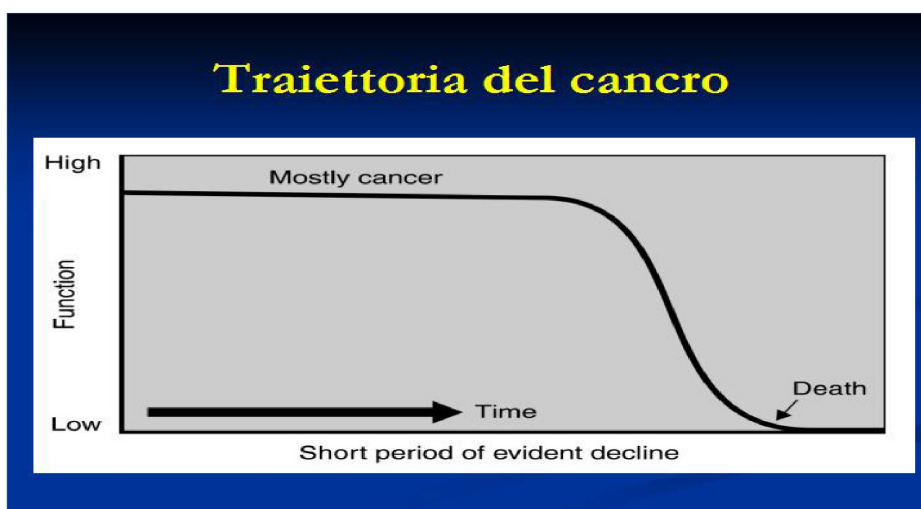
Considerando le persone che vivono in Paesi con sistemi sanitari avanzati, come l'Italia, circa il 90% muore di malattia cronica inguaribile con un decorso più o meno lungo dalla diagnosi e con frequenti accessi nelle varie unità operative. A fronte dei dati disponibili quindi ho tralasciato il 10% dei decessi che rappresentano le morti improvvise dove l'accesso nelle unità operative, se avviene, è per un breve periodo.

I pazienti affetti da malattia incurabile, come ho già detto, prima di morire effettuano vari accessi in ospedale per svariati bisogni che l'Infermiere dovrà cercare di colmare instaurando un buon rapporto di fiducia dal momento che la richiesta di assistenza sarà maggiore.

Dopo numerosi studi sulle fasi terminali delle malattie incurabili sono stati rilevati dei percorsi finali di malattia abbastanza delineati o meglio chiamati traiettorie di malattia. Infatti è stato visto che se vengono distinte, alcune patologie, hanno un andamento pressoché uguale nel declino funzionale dei pazienti.

Sono state identificate tre principali traiettorie di malattia che descrivono il declino funzionale nella fase avanzata di malattia.

La prima traiettoria appartiene alla maggior parte dei pazienti oncologici mostra come questi abbiano un periodo di stabilità elevato ma con un rapido declino funzionale. *Nella maggior parte di questi pazienti, la perdita dell'autonomia avviene negli ultimi 3-4 mesi di vita [2].* Questo percorso è indipendente da fattori quali sesso, età o tipo di tumore. *L'unica eccezione è rappresentata dai tumori del Sistema Nervoso Centrale, dove il declino funzionale è più precoce[2].*

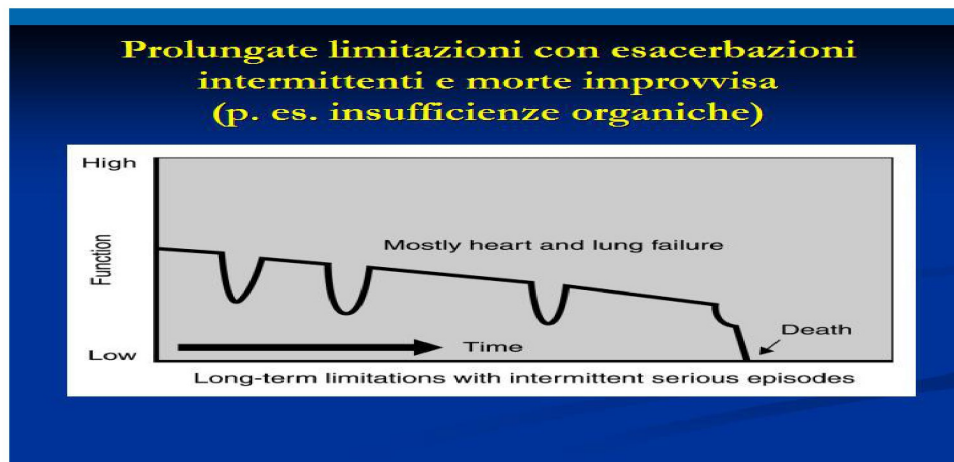


Tratta da "Le cure di fine vita"

grafico 1

La seconda traiettoria è quella del paziente affetto da insufficienza cardiaca o respiratoria. In questa traiettoria mostra come vi sia un progressivo declino con vari aggravamenti caratterizzati da eventi acuti che necessitano l'ospedalizzazione e spesso portano a parziali

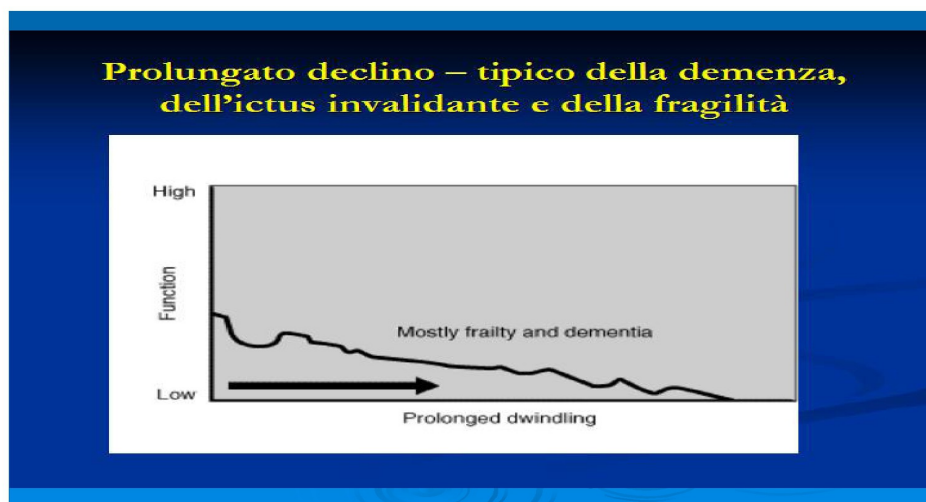
recuperi funzionali. Questa traiettoria rende comprensibile la difficoltà dei curanti a identificare una vera fase terminale di malattia.



Tratta da “ Le cure di fine vita”

grafico 2

Infine c'è la traiettoria di malattia del paziente fragile, in modo particolare affetto da demenza. Questa patologia ha un decorso lungo e caratterizzato da un progressivo declino funzionale che può durare anni.



Tratto da “ Le cure di fine vita”

grafico 3

Riconoscere e conoscere le varie traiettorie è di estrema importanza per l'Infermiere, in quanto possono dare un'idea di cosa può accadere al paziente. Ciò ci permette di prevedere, correggere e assistere in maniera più efficace e stabilire un piano d'azione.

Accertare tempestivamente che un paziente affetto da una malattia incurabile è alla fine

della vita è estremamente importante perché permette a tutti i professionisti della salute di poter attuare quei cambiamenti (terapeutici, assistenziali, relazionali, comunicativi), comunemente definiti “cure di fine vita”, che possono migliorare sostanzialmente la qualità dell'assistenza erogata al paziente e ai suoi famigliari.

Per fare questo la domanda che il personale sanitario deve porsi è:”quali fra i pazienti che sto curando sono tanto malati che non sarei sorpreso se morissero entro 3 giorni, una settimana un mese?”

La domanda è utile perché ci aiuta a prendere in considerazione la morte come eventualità. Infatti il personale sanitario, giustamente, non si arrende mai di fronte alla malattia ma quando la situazione è talmente compromessa da non lasciare possibilità di miglioramento è necessario che il personale prenda coscienza del fatto che il paziente sta per morire e pertanto gli venga offerta l'assistenza adeguata.

Un altro aspetto utile è il pronto riconoscimento della sindrome della morte imminente che nella maggior parte delle persone affette da una malattia cronica ad andamento evolutivo si sviluppa con segni e sintomi specifici. Un pronto riconoscimento da parte dell'Infermiere permette di impostare quei cambiamenti che sono necessari per riuscire a garantire ai pazienti una buona qualità del morire e ai famigliari che li assistono una buona qualità di vita, prima e dopo il decesso del loro caro.

In fondo dobbiamo ragionare sul fatto che l'Infermiere è il primo professionista che il paziente e i famigliari vedono e si affidano.

2. IL CONCETTO MORTE

Quando si affronta l'assistenza di un paziente che muore è quasi d'obbligo discutere sul tema della morte. Affrontare questo concetto è molto complesso perché nel corso degli anni è mutato a livello normativo ma soprattutto perché l'uomo, attraverso la creazione di innumerevoli definizioni, ha da sempre cercato di chiarire il termine e allontanare l'angoscia, la paura e il dolore che la stessa morte crea.

Una banale definizione che si può dare alla morte è l'assenza di vita. Ma questo non è abbastanza perché ci farebbe sorgere la domanda "che cos'è la vita?" e quindi ci porterebbe a trattare la definizione di vita e tutto ciò che ne consegue.

Se pensiamo alle definizioni nate a livello legislativo italiano si è passati da un concetto di morte con criteri di accertamento approssimativi, a un concetto di morte cardio-respiratoria e infine a un concetto di morte come la cessazione di tutte le funzioni cerebrali come recita la L578/93.

La necessità di mutare il concetto di morte a livello normativo è dovuto a vari motivi, quali: dare una certezza alla morte, dare chiarezza ai sistemi di accertamento, andare incontro al progresso tecnologico delle tecniche di rianimazione e infine semplificare le operazioni per la donazione degli organi.

Il concetto legislativo è ora maggiormente chiaro ma nel tempo si sono sviluppati più significati del concetto di morte nel tentativo, come già detto, di dare una risposta all'angoscia dell'uomo all'ignoto dopo la morte. Le due ideologie principali che sono nate nel corso degli anni per dare certezza alla legge sono quelle descritte nei capitoli seguenti.

2.1 La morte biologica

Un essere umano è biologicamente morto se il corpo è in putrefazione[3]. Chiaramente, la necrosi parziale non comporta necessariamente la morte mentre la morte dell'intero essere umano comporta la necrosi. Le domande che smuove questa definizione sono: "Quando un essere umano deve essere considerato morto come un tutto?[3]" e "Quanti tessuti e, soprattutto, quali tessuti devono essere necrotici perché una persona possa essere considerata morta come un tutto?".

A queste domande l'uomo ha tentato di rispondere ma non mi dilungo molto, in quanto, nella società moderna questo concetto non è utilizzabile basti pensare che secondo questa

definizione dovremo attendere la comparsa della necrosi prima di seppellire il corpo e a questo stadio sarebbe impossibile prelevare organi per i trapianti e ovviamente questo non sarebbe igienico. In passato, comunque, questo concetto è stato utilizzato, dichiarare una persona deceduta.

2.2 La morte clinica

Un essere umano è clinicamente morto se la sua condizione fisiologica è caratterizzata dalla cessazione dei processi metabolici, e quindi dalla cessazione delle funzioni di un particolare tessuto/organo. Va da se che un essere umano clinicamente morto non è morto biologicamente, mentre vale il viceversa[3]. I criteri attraverso i quali si basano queste determinazioni di morte le rimando ad altra trattazione perché l'organo varia da paese a paese. Questo è il principio su cui si basa attualmente la normativa italiana e precisamente un decesso viene dichiarato quando vi è la cessazione di tutte le funzioni cerebrali.

2.8 Conclusioni

Capire il concetto di morte per l'Infermiere è importante perchè, nel corso degli anni, da questo professionista della salute è stata acquisita una maggiore autonomia decisionale, il che vuol dire anche maggiore responsabilità e competenza richiesta per praticare l'assistenza. Avere ben chiara la definizione legislativa di morte ci permette di comprendere fino a quando ci si debba prendere cura del paziente morente.

Si ritiene comunque importante ribadire che ognuno di noi vive l'esperienza della morte in modo diverso, quindi non ci si focalizza solo sul concetto giuridico di morte ma si deve tentare di comprendere anche come i pazienti e i famigliari vivono il difficile momento. In questo modo, si tenta di creare più empatia con l'assistito e i propri cari nell'assistenza di fine vita e di conseguenza ci permette di agire in maniera eticamente corretta. Per capire come viene vissuta la morte, inoltre, è necessaria una buona sensibilità sin dal primo contatto con il paziente. Fatto, non di poco conto, visto che l'Infermiere è il primo professionista sanitario che l'assistito e i suoi cari incontrano in reparto e con il quale passano più tempo.

Alcune domande che possono facilitare l'Infermiere nel migliorare l'assistere al paziente morente possono essere: Qual'è il concetto di morte per quel contesto? Qual'è la buona morte per quel contesto?

3. LA TERAPIA DEL DOLORE

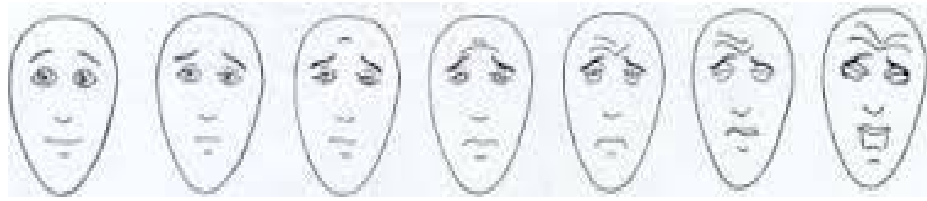
La terapia del dolore è un altro argomento complesso nei casi dei pazienti terminali o morenti che è necessario affrontare.

A questo proposito la Carta dei Diritti del Morente spiega che il Morente *ha diritto al sollievo dal dolore e dalla sofferenza*[4]. A proposito del dolore e della terapia antalgica il Codice Deontologico dell'Infermiere all'articolo 34 recita: *“L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari”*[1].

Molti possono pensare che il Medico prescriva e l'infermiere sia solo colui che esegue. Invece l'infermiere con l'aumentare degli ambiti decisionali, come nei casi di somministrazione della terapia al bisogno prescritta e l'aumento delle conoscenze fornite dal Corso di Laurea e l'esperienza professionale, è un professionista capace di aiutare il Medico nelle scelte per il bene dell'assistito. Questo è lo scopo di entrambe le professioni.

Vorrei porre un esempio: il medico prescrive un elastomero a un paziente affetto da malattia terminale. L'infermiere nel corso della giornata capisce attraverso la mimica facciale, il comportamento e anche da quanto riferisce il paziente che quell'elastomero non garantisce un'adeguata copertura dal dolore. Allora lo riferisce al medico, in base all'intensità e all'urgenza, in modo che lo stesso possa rivedere la terapia antalgica. Questo vale anche nel caso in cui il paziente avvertisse segni e sintomi di reazioni avverse.

Capire se una persona terminale prova dolore non è molto semplice. Nei casi in cui la persona è cosciente può essere rilevato attraverso le scale del dolore apposite ne cito due che sono le più utilizzate: la scala numerica (NRS) e la scala *“faces pain scale”*. La prima va da un punteggio da 0 (il minimo) a 10 (il massimo) e il paziente in base all'intensità del dolore ne fa una valutazione. Per la seconda invece si utilizzano dei disegni che rappresentano la mimica facciale in relazione al dolore provato. La *faces pain scale* viene utilizzata in modo particolare per i bambini(fig. 1).



Tratta da Sistemi di valutazione del dolore

fig. 1

Ma come si capisce il dolore di un paziente in fase terminale se non riesce a comunicarlo o a dimostrarlo?

4. IL LUTTO

Il lutto è il periodo dopo il decesso dell'assistito nel quale i famigliari elaborano la perdita della persona cara. Dopo la morte dell'assistito, gli interventi messi in atto hanno un ruolo importante nell'assistenza globale al paziente morente, infatti, una cattiva assistenza nel post-mortem influisce anche sul ricordo che i cari dell'assistito hanno delle prestazioni fornite dalla struttura. In modo particolare, un'inadeguata assistenza può portare i famigliari a diffidare da quel ospedale e farsi curare in un'altra struttura.

Quando ci si trova ad assistere una persona defunta e i suoi cari, si deve tenere presenti alcuni fattori quali la tipologia della fase terminale, la lunghezza e la complessità della fase agonica, la modalità del decesso, le caratteristiche e il luogo in cui il decesso è avvenuto, la presenza o meno dei famigliari al momento del decesso. Infatti, ogni variazione di questi fattori può comportare una diversa reazione del famigliare. Ma non è sempre così, alcuni famigliari potrebbero manifestare sentimenti di rabbia. In questi casi il personale deve rimanere calmo, non sentirsi schiacciato dall'aggressività del famigliare, reagire con serenità e con un atteggiamento accogliente.

Alcuni interventi semplici che possono tutelare il rispetto della salma e il lutto dei propri cari sono:

- garantire una stanza singola al paziente, se possibile, già dalla fase agonica in modo che i propri cari abbiano uno spazio riservato dove poter liberare le proprie emozioni;
- garantire aiuto e conforto ai famigliari per la perdita appena avvenuta sia nel periodo in cui è in ospedale sia quando i famigliari tornano nella società;
- informare i famigliari della prassi ospedaliera compreso anche ciò che avviene in camera mortuaria e se necessario ripetere più volte le informazioni in quanto in un momento così carico di sensazioni e emozioni possono non essere recepiti dal famigliare;
- rispettare le loro credenze religiose, anche nei confronti della cura della salma;
- evitare di eseguire il tanatogramma davanti ai famigliari, lasciando lo spazio necessario per un eventuale commemorazione della salma, eseguirlo dopo che i famigliari se ne sono andati, in una stanza apposita.

Questi sono alcuni dei principi base ma poi sta all'infermiere decidere caso per caso in quanto non tutti i post-mortem sono uguali.

5. TENTATIVI DI MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE MORENTE NELLE UNITA'OPERATIVE OSPEDALIERE E LCP-I

Nel corso degli anni sono stati adoperati parecchi tentativi per migliorare l'assistenza e la cura dei pazienti morenti nelle unità operative ospedaliere. Uno degli ultimi sono state le LCP che erano un tentativo di portare le cure offerte nell'ambito delle cure palliative negli ospedali.

Le Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP) sono un documento multi-professionale, che fornisce un modello di evidence-based per l'assistenza nelle fasi di fine vita finalizzato a migliorare, in ambito clinico, le cure alle persone che stanno morendo e a rendere competenti gli operatori sanitari non specializzati a fornire le migliori cure di fine vita possibile. Sono state ideate in Inghilterra e negli anni successivi modificate e applicate seguendo le culture dei vari paesi in cui si sono diffuse fra cui Italia.

Nel 2013 il Governo britannico, vedendo la grande diffusione di questi documenti, le denunce di mal – practice, e l'opinione di alcuni che vedevano le LCP come uno strumento per eludere le leggi riguardanti l'eutanasia, decide di effettuare uno studio di ricerca indipendente per valutarne la reale efficacia . Dallo studio è emerso che le LCP venivano utilizzate in maniera inappropriata.

Da quella ricerca, poco a poco, tutti i paesi che hanno adottato le LCP hanno abbandonato questo strumento. Anche l'Italia poco tempo fa lo ha abbandonato.

Le LCP erano uno strumento che si basava appunto sul portare l'assistenza fornita dalle cure palliative all'interno delle strutture ospedaliere con il tentativo di migliorarne la qualità di vita dei pazienti morenti.

Partendo da una preparazione più solida e da uno studio dell'etica più approfondita, avrei pensato ad un'alternativa per garantire un'assistenza adeguata ai pazienti che muoiono in ospedale.

A mio modo di vedere, dopo aver discusso, in parte, l'argomento del paziente che muore, sono arrivato alla conclusione che sarebbe opportuno inserire, in un organico già strutturato delle aziende ospedaliere, due o più infermieri specializzati nell'assistenza al paziente morente (in base all'utenza ospedaliera).

Avrei pensato una figura infermieristica nuova che si prende cura del paziente terminale in

ospedale ma che curi anche le dimissioni, nei casi in cui il paziente ha una malattia incurabile ma non è ancora allo stadio terminale. Sempre a mio modo di vedere questa figura è simile a un case manager ma dell'ambito terminale.

Con questa mia idea credo possa migliorare l'assistenza prestata mettendo al centro il paziente e i suoi cari, in particolare ci permette di non lasciarli soli nel loro dolore evitando l'isolamento sociale.

6. PRESENTAZIONE DELLA SITUAZIONE ATTUALE NELL'OSPEDALE S. MARIA DEL PRATO DI FELTRE

A conclusione della mia Tesi di Laurea in Scienze Infermieristica presento un questionario che ho distribuito nei vari reparti dell'Ospedale S. Maria del Prato di Feltre con l'obiettivo di rilevare alcune problematiche e trovare le relative soluzioni rispetto ad aspetti dell'assistenza al paziente morente. A questo scopo mi sono servito delle opinioni e delle conoscenze fornite dagli Infermieri che hanno compilato il questionario.

6.1 Metodologia seguita

Il questionario è stato strutturato in due parti. La prima è quella dove viene richiesta l'età dell'Infermiere e la sua esperienza lavorativa. L'età e l'esperienza lavorativa sono state chieste per vedere se le opinioni e le conoscenze variano al aumentare o al diminuire di queste e infine quindi se è possibile creare delle classi d'età rispetto alle opinioni. La seconda parte riguarda sei domande sull'argomento. La maggior parte delle domande prevedeva risposte aperte e alcune a risposta dicotomica. Una copia del questionario è disponibile in allegato alla presente Tesi di Laurea (ALLEGATO 1).

I questionari forniti nei reparti sono 72 in quanto è il numero maggiore di Infermieri disponibile in questo periodo per compilare il questionario e sono stati distribuiti come dalla tabella seguente.

QUESTIONARI FORNITI PER REPARTO

REPARTI	NUMERO QUESTIONARI FORNITI
AREA CHIRURGICA	29
CHIRURGIA	17
ORTOPEDIA	12
AREA MEDICA	43
GERIATRIA	18
LUNGODEGENZA	10
MEDICINA	15
TOTALE	72

tabella I

Come mette in luce la tabella ho cercato di fornire i questionari alla totalità dei reparti medici e chirurgici. In modo da notare possibili differenze di opinioni e di conoscenze fra

l'Area Chirurgica e quella Medica.

Il questionario è stato pensato in forma anonima nel rispetto del Dlgs. 196/03 e volontaria. La garanzia dell'anonimato è stata ulteriormente garantita dalla costruzione e della fornitura di urne di cartone dove l'infermiere potesse imbustare il questionario senza intermediari.

La volontarietà del questionario è un aspetto importante, in quanto mi dà la possibilità di dire che tutte le risposte che ho avuto sono frutto di Infermieri a cui interessa l'argomento e che sono disposti a mettersi in gioco.

La permanenza dei questionari in reparti è stata di un mese dal 13/07/2015 (data di consegna del questionario) al 14/08/2015 (data di ritiro dei questionari dal reparto) ad eccezione del reparto di Chirurgia Generale che ha richiesto una settimana in più di permanenza in reparto e la Medicina Generale che ho lasciato appositamente una settimana in più perché al momento del ritiro non avevo trovato nessun questionario.

A causa della scarsità dei dati il questionario risulta non avere una grande validità statistica.

6.2 Presentazione dei risultati

I primi risultati dello studio evidenziano una scarsa partecipazione degli infermieri alla compilazione dei questionari come dimostra la tabella seguente.

QUESTIONARI COMPILATI PER REPARTO

REPARTI	QUESTIONARI COMPILATI	% QUESTIONARI COMPILATI
AREA CHIRURGICA	7	24,14
CHIRURGIA	5	29,41
ORTOPEDIA	2	16,67
AREA MEDICA	6	13,95
GERIATRIA	2	11,11
LUNGODEGENZA	4	40,00
MEDICINA	0	0,00
TOTALE	13	18,06

tabella II

La tabella sopra riportata ci mostra che in media solo il 18,06% dei questionari sono stati compilati, sebbene la compilazione dipenda da reparto a reparto. Analizzando l'indice di Gini prima attraverso la divisione per aree (0,92) e poi tenendo conto di tutti i reparti (0,71) possiamo ipotizzare che incidano maggiormente le caratteristiche delle aree che dei

reparti.

Una delle caratteristiche di un reparto è la percentuale di mortalità e per questo si è voluto verificare se la stessa incida in modo significativo sulla percentuale di compilazione. Nella tabella sottostante sono raccolti, divisi per reparto la percentuale di mortalità media (anni 2009-2014) e la percentuale dei questionari compilati. Per percentuale media di mortalità si intende la totalità delle morti dall'anno 2009 al 2014 di ogni singolo reparto diviso la totalità di persone dimesse negli stessi anni (comprese le persone decedute), moltiplicato per 100. I dati relativi alle morti e alle persone totali dimesse sono state fornite dalla direzione dell'ospedale e sono consultabili in allegato (ALLEGATO 3)

PERCENTUALE MEDIA DI MORTALITA' E DI COMPILAZIONE

REPARTO	% MORTALITA'	% COMPILATI
ORTOPEDIA	0,27	16,67
CHIRURGIA G.	1	29,41
LUNGODEGENZA	7,66	40
MEDICINA	8,13	0
GERIATRIA	10,43	11,11

tabella III

Facendo un'analisi generale basata sui dati espressi dalla tabella è stato ricavato il grafico 4.

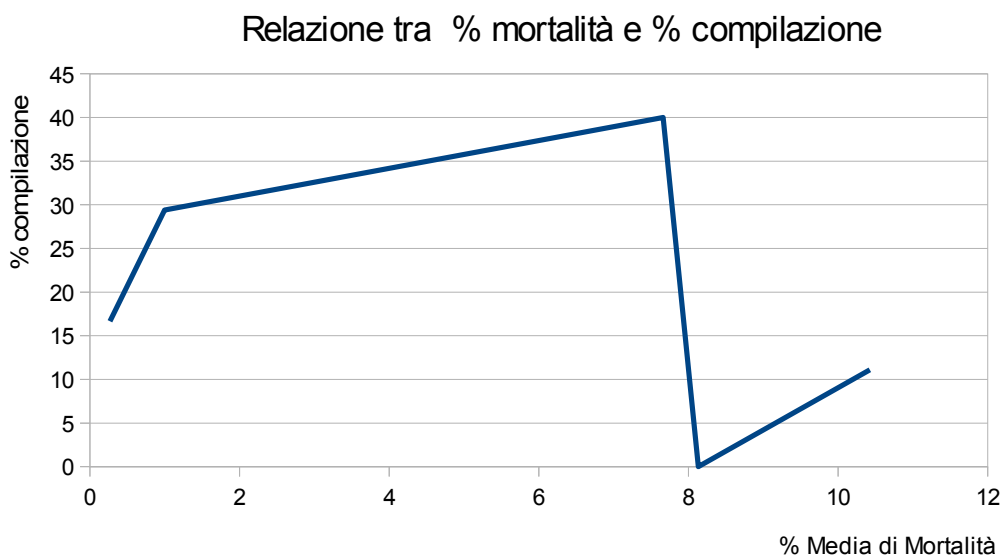
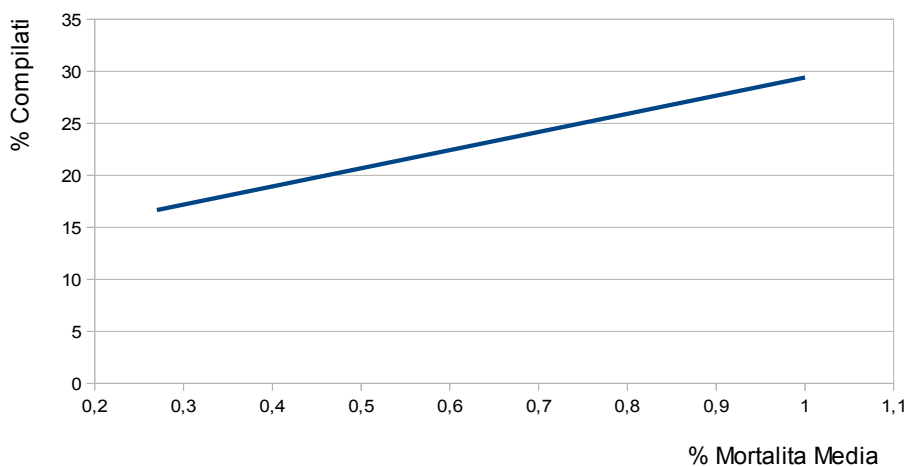


grafico 4

Dal grafico sopra riportato si evidenzia la possibile esistenza di una relazione tra la mortalità e la percentuale di compilazione, la quale risulta positiva fino a circa l'8% per poi scendere. Dall'andamento del grafico, sebbene la percentuale di compilazione, sia crescente fino a comprendere il reparto di Lungodegenza è possibile riconoscere una divisione per aree. Si è quindi proceduto a un'analisi per aree partendo dall'analisi grafica di singola area.

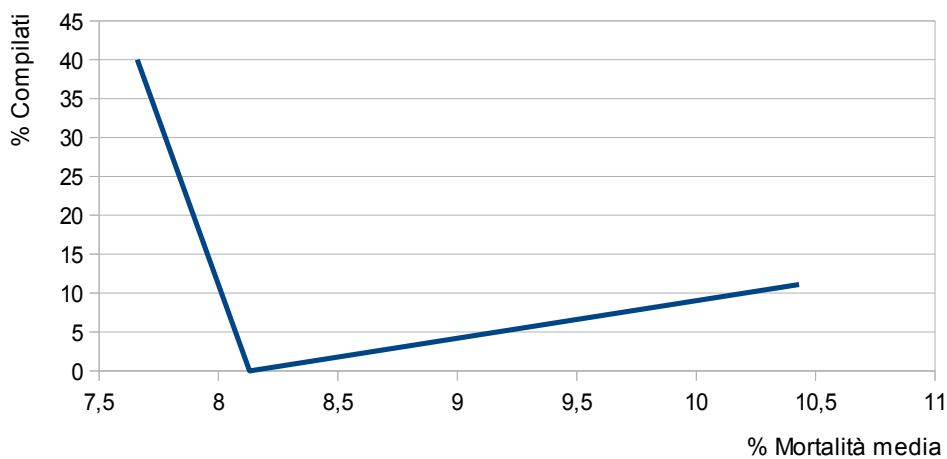
Relazione tra % mortalità e % compilati Area Chirurgica



% Mortality Media

grafico 5

Relazione % Mortality e % Compilati dell'Area Medica



% Mortality media

grafico 6

Attraverso questi grafici e l'analisi della correlazione tra mortalità e percentuale di compilazione nelle singole aree (Area Chirurgica = 17,40 e Area Medica = -7,94) si può notare un forte collegamento tra la mortalità e la disponibilità degli Infermieri alla

compilazione. Nell'Area Chirurgica, probabilmente grazie a un indice di mortalità che rimane comunque basso, anche all'aumentare dello stesso si trova maggiore disponibilità a trattare l'argomento; mentre nell'Area Medica si verifica il contrario. Nell'Area Medica va inoltre verificata l'anomalia del reparto di Medicina Generale, la quale con indice di compilazione minore della Geriatria ci induce a pensare che non solo la mortalità ma anche altre caratteristiche di reparto influiscono sulla disponibilità a parlare dell'argomento.

6.3 Miglioramento della coesione tra professionisti della salute e l'assistenza al paziente morente

Vista l'esiguità dei dati raccolti risulta difficile fare un'analisi per età e anzianità di servizio, la quale può trovare un senso con un campione più esteso, e qualsiasi risultato si proponesse sarebbe influenzato anche da un singolo dato.

E' possibile migliorare l'assistenza al paziente morente?

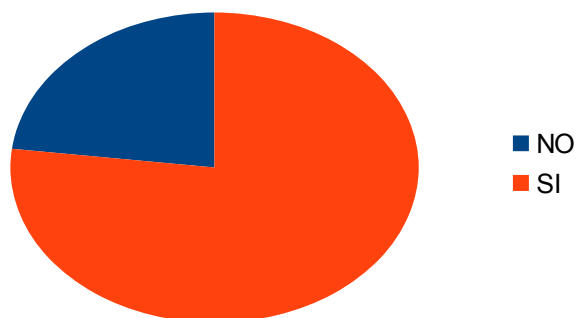


grafico 7

Per quanto riguarda l'assistenza al paziente con prognosi infausta, il personale infermieristico ritiene in larga maggioranza che ci possa essere un margine di miglioramento. L'unico reparto che non crede a un possibile miglioramento è quello di Geriatria,

Le proposte di miglioramento sono quelle sintetizzate in tabella. Infatti data l'esiguità dei dati ho riportato semplicemente i risultati per l'intero campione cercando di omogenizzare le risposte.

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Coinvolgere, colloquiare, conoscere il paziente e dare maggiori informazioni in particolare in riferimento alla diagnosi e alla prognosi in modo onesto e veritiero	7
Evitare l'accanimento terapeutico e terapie inutili	2
Ritagliarsi uno spazio adeguato in modo particolare da parte della figura medica	1

tabella IV

Gli infermieri che hanno risposto sono solo 7, ma visto che la risposta era aperta sono state rilevate più risposte per persona. La totalità degli Infermieri crede che si possa migliorare dal punto di vista del coinvolgere, colloquiare, conoscere il paziente e nel dare informazioni in riferimento alla diagnosi e alla prognosi in modo onesto e veritiero al paziente e ai famigliari. A questo proposito cito 2 Infermieri, il primo afferma che: "Al paziente non sempre vengono fornite informazioni reali alla sua situazione di salute ma viene tenuto all'oscuro di patologia, cura, proiezione di vita..."; mentre il secondo riferisce che: "bisognerebbe riferire chiaramente la situazione ai famigliari".

Un'altra opinione che è stata rilevata in merito al miglioramento dell'assistenza al paziente morente proveniente dalla Lungodegenza, è l'evitare l'accanimento terapeutico e le terapie inutili. Tale proposta è sostenuta dai 2/3 delle risposte di Lungodegenza dimostrando che in quel reparto il tema dell'accanimento terapeutico è ancora di attualità.

Un'altra opinione proposta da un singolo Infermiere crede che si possa migliorare l'assistenza al paziente morente dedicando più tempo a questi pazienti in modo particolare da parte del medico, segno di come venga visto un po' distante tale figura professionale dal paziente.

6.4 Il sollievo dal dolore

Si sono inoltre le opinioni inerenti alla terapie di sollievo dal dolore. Le opinioni degli Infermieri relative al sollievo del dolore sono rappresentate dal grafico seguente.

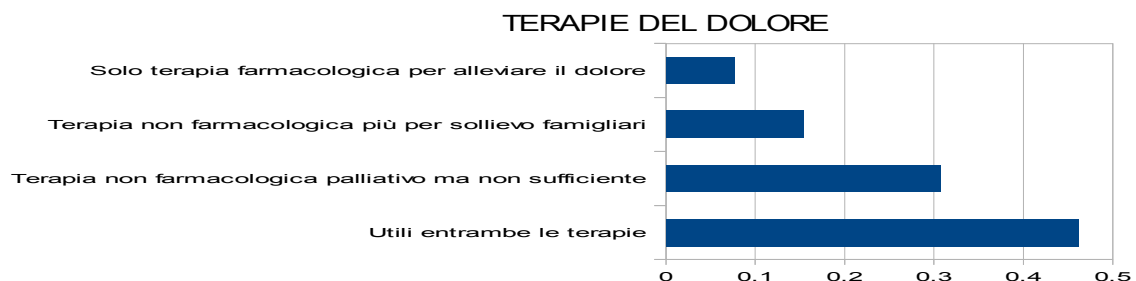


grafico 8

Come si denota dal grafico, una piccola percentuale crede che solo la terapia farmacologica dia sollievo al dolore al paziente morente, sebbene poi tra chi crede nell'utilizzo della terapia non farmacologica, solo la metà in modo pieno. Esiste infatti un'altra metà di chi crede nella terapia non farmacologica solo come un trattamento palliativo o come un sollievo più per i famigliari, con la prevalenza di chi da la prima risposta.

6.5 Miglioramento dell'assistenza dell'assistenza nella fase terminale e nell'elaborazione del lutto

Sottoponendo agli Infermieri dei vari reparti la domanda :”Come pensa di migliorare l'assistenza nella fase terminale e nel momento della perdita e dell'elaborazione del lutto?” si è delineata una situazione generale rappresentata dal grafico seguente.

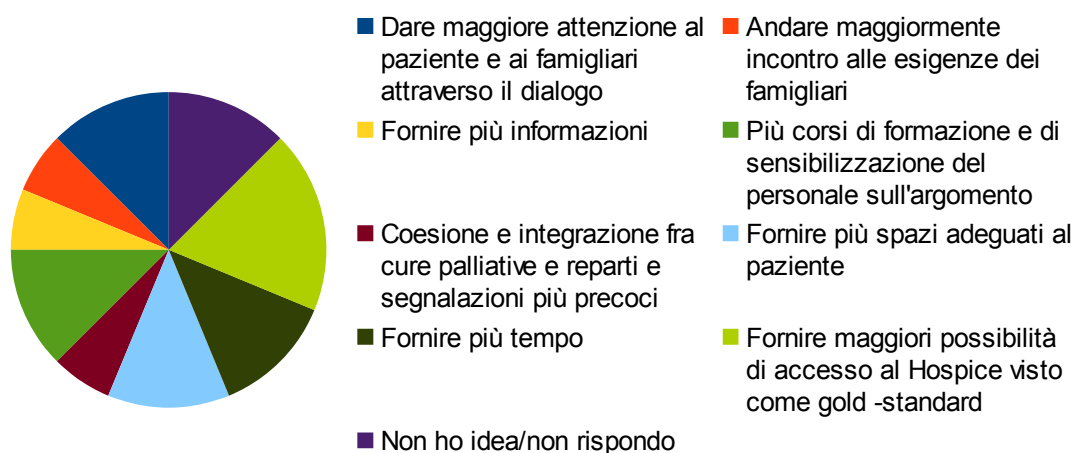


grafico 9

Come si nota dal grafico, gli Infermieri presentano molte opinioni differenti, da cui non è possibile ricavare un'idea comune a tutti i reparti.

	LUNGODEGENZA	GERIATRIA	CHIRURGIA	TOTALE
Dare maggiore attenzione al paziente e ai famigliari attraverso il dialogo	0,33			0,13
Andare maggiormente incontro alle esigenze dei famigliari	0,17			0,06
Fornire più informazioni	0,17			0,06
Più corsi di formazione e di sensibilizzazione del personale sull'argomento	0,17	0,25		0,13
Coesione e integrazione fra cure palliative e reparti e segnalazioni più precoci	0,17			0,06
Fornire più spazi adeguati al paziente		0,5		0,13
Fornire più tempo		0,25	0,17	0,13
Fornire maggiori possibilità di accesso al Hospice visto come gold -standard			0,50	0,19
Non ho idea/ non rispondo			0,33	0,13

tabella VI

Se invece analizziamo le opinioni espresse dai vari reparti si nota che il reparto di Lungodegenza se pur molto frammentato crede che si possa fare di più sotto l'aspetto del dialogo, dell'attenzione, dell'informazione e dell'andare incontro maggiormente alle esigenze dei pazienti e dei famigliari.

Inoltre una piccola parte della Lungodegenza ammette la necessità di corsi di formazione e sensibilizzazione da parte del personale su questo argomento. Infine sempre una piccola parte crede che debba migliorare la coesione e l'integrazione fra le cure palliative e i reparti garantendo una segnalazione precoce.

Se consideriamo, invece, la Geriatria si nota che le risposte sono diverse perché gli Infermieri di questo reparto credono sì a una maggiore sensibilizzazione del personale ma la maggioranza di coloro che hanno risposto, crede che sia più importante fornire più spazi adeguati al paziente e ai suoi cari e infine crede sia meglio migliorare anche il tempo fornito a questi pazienti.

Infine se analizziamo le risposte avute in Chirurgia Generale notiamo che la maggioranza dei questionari compilati che hanno voluto esprimersi sull'argomento crede che l'Hospice sia l'assistenza migliore che si possa fornire a un paziente che muore e quindi debba esserci maggiore possibilità di accedere a questo servizio. Infine anche gli Infermieri che hanno risposto in Chirurgia credono sia possibile una miglioramento nel tempo fornito a questo delicato tipo di pazienti.

6.6 E' bene assistere da vicino il paziente morente e i suoi famigliari nell'affrontare il difficile momento?

Quando ci poniamo la domanda se sia positivo o meno assistere da vicino il paziente e i suoi famigliari durante tutto il processo del morire, le opinioni degli Infermieri si presentano come la tabella seguente.

	RISPOSTE
Si	8
No	1
Non sempre positivo	1
	10

tabella VII

In linea generale circa l'80% della totalità degli Infermieri che hanno risposto sono positivi nel fatto che sia bene assistere da vicino il paziente.

In merito alla vicinanza al paziente è stato chiesto, inoltre, agli Infermieri di proporre cosa possa essere fatto per migliorare l'assistenza al paziente e le risposte si sono disposte come da seguente tabella.

OPINIONI	NUMERO
Migliorare l' utilizzo delle servizio di cure palliative	1
Utile non incorrere nell'accanimento terapeutico	1
Ascoltare di più	1
Dire la verità al paziente e ai famigliari per affrontare i momenti difficili futuri	1
Più persone disponibili pe gruppi di sostegno gruppi di sostegno anche con persone non specializzate	1
Più tempo e risorse per stare vicino al paziente	1
TOTALE	6

Tabella IIX

Le proposte date sono estremamente diversificate segno che tra gli Infermieri non c'è una soluzione condivisa. Emerge comunque che dalle risposte fornite, che attualmente, non ci sia adeguato tempo da dedicare al paziente, sebbene poi per risolvere tale criticità non si concordi se affidare tale compito ad altri servizi o farlo da sé.

Anche per un altro tema importante cioè affrontare i momenti difficili futuri non c'è concordanza sulla soluzione offerta, infatti, c'è chi crede sia bene affidare il compito al personale dicendo la verità al paziente e ai famigliari e ascoltando di più, mentre vi sono altri che pensano sia bene affidare il compito a gruppi di sostegno anche se privi di personale specializzato.

6.7 La Carta dei diritti del Morente e altri strumenti ospedalieri

La Carta dei diritti del morente è un documento redatto dal Comitato Etico presso la Fondazione Floriani nel quale vengono delineati i 12 diritti dei pazienti che si trovano a combattere contro la morte. La garanzia di una larga diffusione venne assicurata dalla Fondazione Floriani.

All'interno del questionario ho chiesto chi tra gli infermieri conoscesse la Carta dei Diritti del Morente. Le risposte sono riportate nella tabella seguente.

	LUNGODEGENZA	GERIATRIA	CHIRURGIA	ORTOPEDIA	TOTALE
SI			1	1	2
NO	3	2	4	1	10

Tabella IX

La maggior parte degli Infermieri che hanno risposto afferma di non conoscere la Carta dei

Diritti del Morente. Inoltre coloro che affermano di conoscerla o l'hanno sentita da colleghi oppure l'hanno conosciuta per esperienze personali.

Nonostante alcuni non conoscano la Carta dei Diritti del Morente, l'opinione degli Infermieri sull'utilità della stessa Carta e/o di un documento ospedaliero che affronti il problema si delinea come la tabella seguente.

RISPOSTE AFFERMATIVE	NUMERO
Non ci ho mai pensato	1
No	1
Si	8
TOTALE	10

Tabella X

Come si nota anche se quasi tutti non conoscono la Carta dei Diritti del Morente, pensano comunque che sia utile nel migliorare l'assistenza al paziente morente e ai suoi cari.

Gli unici che hanno risposto negativamente all'utilità sono il reparto di Ortopedia, questo può essere dovuto anche alla bassa mortalità rispetto agli altri reparti presi in esame.

Con la ultima domanda posta dal questionario si è voluto indagare le motivazioni che spingono gli Infermieri ad affermare l'utilità della Carta dei Diritti del Morente e di altri possibili strumenti ospedalieri inerenti l'argomento. Esse sono contenute nella tabella sottostante:

RISPOSTE AFFERMATIVE	TOTALE	LUNGODEGENZA	GERIATRIA	CHIRURGIA
Utile per togliere il tabù e il rifiuto della morte	1	1		
Sensibilizzare tutte le figure professionali	2		2	
Far conoscere ai famigliari e al paziente	1		1	
Giusto accogliere il desiderio del paziente e garantire una morte decorosa	2			2
TOTALE	6	1	3	2

Tabella XI

In considerazione della scarsa conoscenza della Carta dei Diritti del Morente, la quale è generalizzata, si ritengono che le motivazioni della scelta possano dipendere dalle esperienze personali. Nemmeno l'indice di mortalità sembra utile per chiarire le motivazioni addotte circa l'utilità che solo attraverso maggiori dati potrebbero essere spiegate.

In Lungodegenza un Infermiere segnala inoltre ancora la presenza del rifiuto della morte il quale potrebbe essere rotto dalla Carta dei Diritti del Morente e/o da altri strumenti

ospedalieri.

Una posizione intermedia è inoltre quella del reparto di Geriatria dove sembra essere colta l'importanza dell'argomento.

7. CONCLUSIONI

Alla luce di quanto è emerso dalla tesi, si comprende che l'assistenza al paziente morente dal punto di vista etico deontologico è un argomento estremamente complesso che necessiterebbe di ulteriori trattazioni. Nonostante in un unico scritto non sia riuscito a trattare l'argomento in modo completo, posso ritenermi soddisfatto in quanto ho tentato di dare l'idea su alcuni aspetti dell'assistenza al paziente che si trova ad affrontare gli ultimi giorni, settimane di vita. Credo inoltre, di aver messo in luce che l'assistenza infermieristica al paziente morente comprenda vari ambiti e che in questi ambiti si possa migliorare molto. Ad avvalorare la mia ipotesi, sono i risultati emersi dai questionari. Infatti, anche se nei questionari non ho trattato tutti gli argomenti sull'assistenza al paziente morente emerge una certa chiusura nel parlare dell'argomento e coloro che hanno risposto fanno pensare che ci possa essere un miglioramento nel prendersi cura del paziente nelle ultime settimane o giorni di vita.

Infine ricordo che la scarsità di dati ricevuti dai questionari e la criticità dell'argomento trattato non mi è stato reso possibile giungere a dei risultati con rilevanza statistica.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Collegio IPASVI. Il Codice deontologico dell'Infermiere. 2009; Available at: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>.
- (2) Costantini M, Borreani C, Grubich S editors. Migliorare la qualità delle cure di fine vita. Un cambiamento possibile e necessario. Trento: EricKson; 2008.
- (3) Marino IR, Howard R. D, Boniolo G editors. Passaggi. Storia ed evoluzione del concetto di morte cerebrale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2012.
- (4) Comitato etico presso la Fondazione Floriani. Carta dei Diritti dei Morenti. 1997.
- (5) Veronesi U. Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza. Milano: Mondadori Editore Spa.; 2005.
- (6) Comitato Bioetico Nazionale. Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana. 14/07/1995; Available at: <http://www.governo.it/bioetica/pdf/18.pdf>.
- (7) Bordin G, Cremasco E, Lusiani L, Zamperin F. Le cure di fine vita. Available at: http://www.associazione-animo.it/phocadownload/2013/maggio/CN_Taormina_2013/pdf_12052013_10.pdf.
- (8) Robb M Cristina, Montanari V. Sistemi di valutazione del dolore. Available at: http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/00_2_D_sist_val.pdf. Accessed 05/09, 2015.
- (9) Costantini M, Di Leo S. Comment to the article: Wise J. Five priorities of care for dying people replace Liverpool care pathway. Italian Journal of Medicine 2014
- (10) Costantini M, Alquati S, Di Leo S. End-of-life care: pathways and evidence. 2014.
- (11) Kung H. Morire felici? Lasciare la vita senza paura. : Rizzoli; 2015.
- (12) Grotto P. Lezioni cure palliative.

ALLEGATI

Allegato 1

QUESTIONARIO

(I dati seguiranno il Dlgs. 196/03 sulla privacy)

Sono Fabbris Diego, uno studente del Corso di Laurea Infermieristica di Feltre che per la tesi di Laurea desidera rilevare le opinioni e testare le conoscenze su alcuni aspetti dell'etica e dell'assistenza al paziente morente. A tale proposito necessito della Sua collaborazione nella compilazione del presente questionario.

Il questionario è anonimo e i dati verranno elaborati nel rispetto della privacy per una rielaborazione statistica.

Età:

Esperienza lavorativa come infermiera/e (anni):

1. Pensa che nel Suo reparto possa migliorare la coesione fra i professionisti della salute anche a riguardo alle informazioni che vengono date al paziente e ai famigliari soprattutto in situazioni delicate come nel caso del paziente con prognosi infausta?
 - a) Si
 - b) No

Motivi e se crede possa esserci un miglioramento, proponga una soluzione.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. L'articolo 34 recita:"L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare le sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari." Crede all'efficacia di terapie antidolorifiche o di sollievo non farmacologiche per il paziente morente (ad esempio massaggi, musicoterapia, cambiamenti della posizione dell'assistito o girare il cuscino)?

.....
.....
.....
.....
.....

3. L'articolo 39 del codice deontologico recita: " L'infermiere sostiene i famigliari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto." Crede un possibile miglioramento nel futuro sotto questo aspetto negli ospedali? Come miglioreresti la situazione attuale? Faccia qualche proposta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Pensa che sia bene assistere più da vicino il paziente morente e i suoi famigliari provando a intervenire di più fra il paziente e i famigliari per aiutarli a vivere questo difficile momento? Pensa si possa fare di più da questo lato? Esponga le sue idee.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Conosce la Carta dei Diritti del Morente?
a) Si
b) No

Motivi la sua risposta, ovvero come ne è venuto a conoscenza.

.....
.....
.....
.....
.....

6. Pensa sia utile una carta dei Diritti del Morente? Inoltre pensa, sia utile un documento che affronti questo problema, cioè l'assistenza al morente, a livello ospedaliero?

Motiva.

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Ringraziando per la collaborazione e disponibile per qualsiasi chiarimento.

Allegato 2

NUMERO PAZIENTI DECEDUTI IN OSPEDALE

denominazione_UO	modalità dimissione	2009	2010	2011	2012	2013	2014	1° semestre 2015
Anestesia e rianimazione	Deceduto	32	36	40	30	30	32	10
Cardiologia	Deceduto	1	1	2	2	2	2	2
Chirurgia generale	Deceduto	7	14	10	12	13	5	1
Chirurgia WS	Deceduto	2	1			2	1	2
Gastroenterologia	Deceduto							
Geriatria	Deceduto	80	72	107	97	105	102	56
Ginecologia	Deceduto			1				
Lungodegenza	Deceduto	32	14	13	16	30	35	21
Medicina generale	Deceduto	87	100	69	61	27	28	18
Neurologia e dialisi	Deceduto	9	5	3	5	11	4	2
Neurologia	Deceduto	36	37	25	23	18	23	13
Nido	Deceduto				1			
Ortopedia/Traumatologia	Deceduto	3	2	3	6	6	2	2
Otorinolaringoiatria	Deceduto	1	2	1	1			
Pediatria	Deceduto		1	1				
Pneumologia	Deceduto	53	35	45	58	44	47	16
Psichiatria	Deceduto		1					
RRF	Deceduto							1
UCIC	Deceduto	20	20	11	13	18	11	4
Urologia	Deceduto	2	1	2				
tot deceduti x UO		386	342	333	323	304	293	145

NUMERO DIMESSI PER UO

denominazione_UO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Anestesia e rianimazione	37	49	58	44	50	44	15
Cardiologia	808	800	836	811	842	831	435
Chirurgia generale	965	982	1001	991	1062	1092	468
Chirurgia generale - DS	482	296	227	238	214	176	101
Chirurgia WS	422	402	314	266	197	205	136
Gastroenterologia							90
Geriatria	777	804	882	820	1010	1107	564
Ginecologia	775	746	719	605	655	619	298
Ginecologia - DS unificato			127	90	76	39	
Lungodegenza	314	309	274	245	322	363	203

Medicina generale	836	831	770	743	654	741	439
Neftrologia e dialisi	158	132	133	121	133	112	68
Neurologia	622	621	578	601	606	606	280
Nido	1032	1074	946	894	820	725	414
Oculistica	86	89	70	91	77	83	10
ORL - DS unificato						2	
ORL - WS			90	84	111	113	60
Ortopedia - DS unificato	34	140	146	3	12	5	
Ortopedia/Traumatologia	1397	1325	1421	1432	1327	1279	631
Ostetrica	1370	1372	1202	1194	1104	1052	551
Otorinolaringoiatria	488	551	405	290	315	395	188
Patologia neonatale	84	78	65	85	97	99	39
Pediatria	370	330	421	426	388	434	189
Pneumologia	778	727	692	617	545	604	299
Psichiatria	278	282	275	281	329	337	159
RRF	783	815	788	823	810	854	423
UCIC	95	106	98	123	94	116	51
Urologia	286	291	340	345	370	389	238
Urologia DS	648	697	644	548	494	467	252
Urologia WS	158	134	126	119	141	142	60
n. dimessi x UO	14083	13983	13648	12930	12855	13032	6669