

professione infermiere umbria

anno IX n. 2/08

INFERMIERE.

Una storia che racconta milioni di vite

**Giornata
internazionale
dell'infermiere**



Collegi IPASVI
Perugia-Terni

Spedizione in abb. postale art. 20 lett. C - Legge 662/96 Filiale di Perugia - Periodico di comunicazione interna dei Collegi IPASVI di Perugia e Terni



Federazione Nazionale Collegi Infermieri
Periodico di comunicazione
interna dei Collegi IP.AS.VI.
di Perugia e Terni

anno IX n. 2/08

Editore:
Coordinamento Regionale
dei Collegi IP.AS.VI.
di Perugia e Terni

Direttore Responsabile:
Renata Buono

Responsabile di Redazione:
Nora Marinelli

Segreteria di Redazione:
Francesco Cardoni
Serenella Bertini

Comitato di Redazione:
Palmiro Riganelli
Ambra Proietti
Vladimiro Lucidi
Giusti Gian Domenico

Grafica:
Punto Editoriale Assisi (Pg)
punto.editoriale@alice.it

Stampa:
Dimensione Grafica
Spello (Pg)

Questo numero
è stato chiuso in tipografia:
il 12/7/2008

Autorizzazione:
Registrato presso
il Tribunale di Perugia
n. 45 del 24/11/1997

sommario

- 1 **editoriale**
DI AMBRA PROIETTI
- 2 **ilcollegioinforma**
IL SOLE 24ORE-SANITÀ
LE NEWS D'ESTATE
A CURA DI SERENELLA BERTINI
- 4 **11 APRILE 2008**
FRONT OFFICE: LA GESTIONE INFERMIERISTICA
DELLA PRIMA FASE DI PRESA IN CARICO
A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA
- 5 **12 MAGGIO 2008:**
GIORNATA DELL'INFERMIERE
IL 50° DI PERUGIA
A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA
- 8 **16 MAGGIO 2008: GIORNATA DI STUDIO**
LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE
E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
NELLE AZIENDE SANITARIE
DI BARBARA MANGIACAVALLI
- 11 **L'ANGOLO DEL LIBRO**
PSICHIATRIA CLINICA
A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA
- 13 **TRIENNIO 2009-2011**
SCHEDE DI CANDIDATURA
A CURA DEI COLLEGI DI PERUGIA E TERNI
- 18 **lerubriche**
DISPENS@TORE
DI STIMOLI INFERMIERISTICI
BLOCKNOTES
DI GIAN DOMENICO GIUSTI
- 20 **PREVENIRE GLI ERRORI -
IMPARARE DAGLI ERRORI**
FARMACI, CORSIE SENZA ERRORI
DI MARCO ZUCCONI
- 26 **spazioaperto**
IL NEONATO CHIRURGICO
COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE
E APPROCCIO BIFOCAL
DI NICOLA RAMACCIATI
- 33 **MOBILITÀ**
A CURA DELLA REDAZIONE
- 32 **lasegreteriainforma**
EVENTI ORGANIZZATI
DAI COLLEGI REGIONALI
CREDITI FORMATIVI
A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA
- 33 **FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**
GLI APPUNTAMENTI
A CURA DEL COLLEGIO DI TERNI

IL SOLE 24 ORE-SANITÀ LE NEWS D'ESTATE

*Vi proponiamo le notizie più interessanti tratte dal "Il Sole 24 Ore-Sanità".
Per la visione completa degli articoli ci si può rivolgere
alla segreteria del proprio collegio di appartenenza*

ORDINI: TRE ERRORI DA EVITARE

Servono una legge votata dal Parlamento e la concentrazione fra operatori

Anche questa volta la trasformazione degli attuali collegi degli infermieri, delle ostetriche e dei tecnici di radiologia medica in Ordini, una semplice operazione di adeguamento all'evoluzione formativo-professionale e l'istituzione degli albi per quelle 17 professioni che ne sono prive non è arrivata a porto.

Non va pensato che per il fatto che queste professioni superano i 500mila operatori e che ormai hanno un percorso formativo professionale al pari degli altri professionisti laureati siano per questo autoreferenziali e non si debbano porre il problema delle alleanze e del confronto dialettico con le altre professioni a iniziare da quelle mediche.

Non si tratta di essere leghittimati dal "si proceda" da parte dei medici e degli altri professionisti e dirigenti sanitari bensì dalla considerazione

che un processo di tale portata che chiude definitivamente l'era dell'ancillarità e della subordinazione delle professioni sanitarie, comporta necessariamente un coinvolgimento attivo di tutte le professioni, medici compresi. Quindi coinvolgere e rendere protagonisti i medici e gli altri dirigenti sanitari in tutte le fasi di attuazione della riforma delle professioni sanitarie è un valore aggiunto e quasi una polizza per la riuscita del processo.



LA CONSULENZA LEGALE EXTRAGIUDIZIALE

Sinformano i colleghi iscritti al Collegio di Perugia che si è reso disponibile un servizio di consulenza legale extragiudiziale al quale si può accedere tramite e-mail: info@ipasviperugia.it, indirizzata al Presidente del Collegio con l'indicazione dei quesiti che s'intendono sottoporre all'attenzione del consulente ●

La scelta della trasformazione dei collegi in ordini, l'istituzione di albi e ordini per le 17 professioni attualmente prive e dell'eventuale loro accorpamento è bene che sia effettuato con una legge votata direttamente dal Parlamento e non con una delega affidata al Governo.

(Il Sole 24 Ore-Sanità, Anno XI, n. 13, aprile 2008)

INFERMIERI STATE IN GUARDIA Cassazione:

Rispondono del reato commesso dal paziente psichico non controllato

Infermieri nei guai se non tengono sotto stretto controllo il malato mentale.

Gli operatori devono essere "attenti", "diligentemente vigili" e "prestare attenzione al paziente" affetto da patologie psichiche considerando "l'imprevedibilità" del loro comportamento che può anche sfociare nell'uccisione di un altro paziente.

La Cassazione ha confermato la condanna per omicidio colposo a carico di due in-

fermieri per non aver controllato un ricoverato all'Ospedale di Catania, consentendogli di uccidere nottetempo un paziente di una stanza attigua.

La Cassazione ha smentito le affermazioni dei ricorrenti che sostenevano di aver agito in maniera corretta, nel rispetto del loro ruolo e ha ribadito che non è mai stato contestato agli imputati di aver agito con imperizia non essendo tenuti ad una diagnosi che estranea alla loro competenza, ma di aver agito con negligenza.

Una condotta superficiale che certamente agevolato la commissione dell'omicidio, mentre se gli operatori fossero stati attenti l'aggressione sarebbe stata bloccata. Nel corso della infausta notte gli infermieri erano più volte intervenuti per calmare lo stato di irrequietezza del malato ma l'avevano fatto fino ad una certa ora e dopo le due nessuno si era prodigato di controllare il paziente, agevolando l'aggressione.

Corte d'appello e Cassazione non hanno tenuto conto della diagnosi fatta dai medici che avevano riscontrato una psicosi acuta dissociativa, malattia mentale ad insorgenza improvvisa che presenta un quadro delirante e allucinatorio caratterizzato da una certa imprevedibilità che obbligava una normale vigilanza. Attraverso il controllo (bastava, notano i giudici, guardare attraverso l'oblò dell'infermeria) sarebbe stato possibile cogliere i segni di quanto stava tragicamente avvenendo, evitando un omicidio.

(Il Sole 24 Ore-Sanità, Anno XI, n. 13, aprile 2008)

L'OMICIDIO DELLO PSICHIATRA

Cassazione:

Se il malato uccide l'educatore il suo medico risponde del reato

Il malato psichico uccide un educatore ma il reato di omicidio colposo ricade sul medico psichiatra.

Il medico è stato condannato a 4 mesi di reclusione e a risarcire i familiari dell'educatore ucciso dal paziente morto suicida alcuni anni dopo in un ospedale psichiatrico.

Il dottore secondo i giudici ha contribuito in maniera determinante all'uccisione, riducendo al paziente prima la terapia neurolettica della metà e poi sospendendola dopo poco più di un mese, violando le regole di cautela per la riduzione di questo tipo di farmaci (riduzione non superiore al 20% ogni volta con intervalli di 3/6 mesi) senza quindi verificare gli effetti per un periodo di tempo adeguato come richiesto dalle linee guida internazionali.

La colpa del medico deriva dalla grossolana violazione delle regole dell'arte medica psichiatrica.

I giudici hanno ritenuto accertato che la crisi si è scatenata a seguito del mutamento incongruo della terapia farmacologica.

Gli errori del dottore vengono messi in stretta relazione al delitto doloso commesso dal paziente a danno dell'educatore.

(Il Sole 24 Ore-Sanità, Anno XI, n. 14, aprile 2008)

INFEZIONI OSPEDALIERE SPIE DELLA SAFETY DI SISTEMA

Eventi riducibili del 30% con azioni strutturate di tutta l'organizzazione

Integrare le competenze delle varie professionalità coinvolte nel controllo e nella prevenzione delle infezioni legate alle procedure sanitarie, valorizzarle, migliorare la pratica assistenziale, la ricerca, la formazione e l'informazione su questo tema delle infezioni sono gli obiettivi prioritari della Simpios (Società italiana multidisciplinare per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie). Ecco le linee d'azione valide per il controllo del rischio infettivo:

- Rafforzare e ampliare la multidisciplinarietà.
- Ricercare sinergie con tutti gli attori interessati (professionisti, pazienti, istituzioni, industria, media ecc.).
- Operare in una logica di sistema a livello macro (Unione Europea, Italia) meso (Regioni, aziende) micro (professionisti, unità operative).
- Promuovere una cultura e gli strumenti per gestire il cambiamento.

Praticamente in ogni campo viene richiesto che più figure si confrontino e si coordinino, dagli aspetti edilizi e impiantistici come a esempio la corretta gestione dei cantieri e degli impianti idrici alla scelta delle protesi, alla corretta adozione delle procedure da parte

FRONT OFFICE

LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLA PRIMA FASE DI PRESA IN CARICO

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

Il giorno 11 aprile presso l'Hotel Giò di Perugia, si è tenuto un evento formativo sul tema: **Il Front Office infermieristico**, ovvero, la gestione della prima fase di presa in carico. Con questa iniziativa, si è voluto dar voce e spazio alla riflessione e al confronto tra colleghi che avvertono l'esigenza di potenziare la propria competenza relazionale nella conduzione delle dinamiche del primo contatto dell'assistito con l'operatore infermiere.

La giornata è stata strutturata nella modalità della tavola rotonda preceduta dalla presentazione, da parte di alcuni colleghi, di casi emblematici realmente verificatisi che hanno consentito di lanciare, all'attenzione dei relatori e dei convenuti, alcuni prioritari quesiti di natura sia relazionale che socio-ambientale e professionale. Hanno presentato i casi due colleghi infermieri esperti, provenienti da servizi di Pronto Soccorso e di Poliambulatorio specialistico le cui presentazioni sono state seguite dagli interventi dei relatori e dalla discussione dibattimentale.

La tavola rotonda è stata condotta dal presidente del Collegio IPAS.VI. di Perugia Dott. Palmiro Riganelli che ha introdotto la tematica raccogliendo le suggestioni lanciate dai colleghi che hanno presentato i casi.

Hanno partecipato come relatori: un rappresentante della cittadinanza attiva, Dott. Paolo Baronti, un dirigente di servizio infermieristico, Dott. Aviano Rossi, un direttore sanitario Dott. Emilio Duca, un responsabile di URP Dott.ssa Tomassoli, un infermiere sociologo Dott. Stefano Goriotti, un collega infermiere Dott. Daniele Torroni, un infermiere coordinatore referente di progetto di accoglienza Dott.ssa Anastasia D'Angelo. Si è fornita una panoramica ampia ed estremamente articolata nella quale gli elementi incidenti si sono dimostrati molti e di varia natura: dalle politiche sanitarie regionali e locali all'organizzazione dei servizi; dalle caratteristiche dell'informazione all'utenza all'influenza dei mass media; dalla costituzione delle idee pregiudiziali alla formazione degli infermieri; dallo sviluppo dell'organizzazione del lavoro infermieristico alle relazioni d'equipe; dalle idee pregiudiziali agli interventi di difesa dell'utente fragile.

La giornata si è dimostrata proficua e di grande interesse per i partecipanti e i relatori: Molte cose sono state dette altre ancora sono rimaste nelle menti di chi le ha pensate.


Il proponimento degli organizzatori, in risposta alle numerose sollecitazioni dei colleghi convenuti, è di riproporre il tema in una forma più definita anche sulla base dei contenuti emersi e degli specifici interessi espressi come esigenza di formazione ●

delle equipe e dei singoli operatori a partire dal lavaggio delle mani, dal corretto uso dei disinfezzanti ecc.

Le dimensioni e la complessità del problema richiedono anche volontà e capacità di confronto internazionale. Sono trasversali ai vari Paesi infatti i problemi emergenti come:

- Infezioni legate alle protesi impiantate (protesi articolari, stent vascolari, protesi mammarie ecc.)
- Quelle contratte dal crescente numero di pazienti con ridotta funzionalità del sistema immunitario
- La preoccupante diffusione di germi resistenti agli antibiotici

Quanto emerso dalle varie esperienze ci permette di cogliere una realtà italiana ricca di programmi e di professionisti qualificati e attivi nel mettere in atto le migliori evidenze scientifiche. Le evidenze attuali ci dicono che possiamo ridurre il numero di infezioni (mediamente del 30%) ma non possiamo pensare di eliminarle completamente.

Dobbiamo agire con il coinvolgimento di tutti gli attori interessati e questo vale a livello istituzionale e delle organizzazioni sanitarie che devono investire le risorse (economiche, di mezzi e di personale) che le evidenze ci indicano come necessarie fino al livello del singolo professionista che nella sua autonomia deve adottare le procedure indicate come più sicure. 

(Il Sole 24 Ore-Sanità, Anno XI, n. 16, aprile 2008)

12 MAGGIO 2008: GIORNATA DELL'INFERMIERE IL 50° DI PERUGIA

Il 12 maggio 2008 in occasione della giornata dell'Infermiere presso il centro Bufalini di Città di Castello il collegio IP.AS.VI. di Perugia ha organizzato una giornata celebrativa, in collaborazione con il C.R.A.L. di Città di Castello, per il 50° anno del Collegio IP.AS.VI. di Perugia.

L'incontro è stato strutturato in due sessioni separate: la mattina è stata realizzata una cerimonia di premiazione "Gli iscritti storici all'albo degli infermieri, assistenti sanitari, e vigilatrici di infanzia" il pomeriggio si è organizzata una sessione convegnistica dal titolo "La competenza infermieristica: quale contributo al sistema sanitario e al miglioramento della qualità dell'assistenza".

Durante la mattinata sono stati premiati i presidenti del collegio IP.AS.VI. della provincia di Perugia che dal 1958 si sono susseguiti Stinchi Eule, Bachi Annunziata, Alimenti M. Assunta e Borchiellini Marcello e le prime iscritte tuttora inserite nell'albo professionale del collegio: Attilia Zuccacci, Suor Giovanna Antinisca Balducci, Suor Bianca Margherita Goracci.

L'apertura dei lavori del pomeriggio è stata effettuata dal Presidente del Collegio illu-

strandò la rilevanza del dibattito sulle competenze professionali dell'infermiere attualmente inserito nei diversi livelli: nell'assistenza di base, assistenza specialistica, nel coordinamento, nella dirigenza, nella docenza e nella ricerca.

Il Prof. L. Lancia, infermiere Presidente corso di laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed ostetriche dell'Università degli studi dell'Aquila, in linea con il presidente del collegio ha introdotto il medesimo argomento con una provocazione: "l'infermiere oggi esprime la propria professionalità in diversi livelli di responsabilità, ma l'utenza non sembra se ne sia accorta". Purtroppo la trasparen-

za del ruolo degli infermieri attualmente non è tale da far capire quali siano le sue reali competenze. Dopo anni che si parla di processo di nursing in realtà l'organizzazione del lavoro infermieristico è ancora divisa per compiti. Probabilmente alla base c'è un problema di "linguaggio": all'interno del corpus professionale il concetto di nursing è espresso in modo differente. Di certo le competenze professionali espresse dagli infermieri operanti nei diversi livelli sono estremamente connesse le une alle altre come in un unico sistema: la formazione è guidata dalla ricerca, la ricerca si nutre dalla pratica e la pratica è condizionata dalla formazione.

Gli ordinamenti didattici universitari probabilmente già dal prossimo anno saranno modificati. Si abbandonerà il modello 3+2 esistente dal '99 per una nuova organizzazione didattica che segue i concetti di apprendimento per obiettivi e missioni specifiche sui quali verranno costruiti i nuovi programmi. La proposta è che al corso di laurea di base in infermieristica vengano abbandonate le discipline affini con lo scopo di ridurre l'attuale frammentazione. L'intervento si è concluso



COLLEGIO DI PERUGIA CHIUSURA UFFICIO

Si comunica agli iscritti dell'Collegio IP.AS.VI. di Perugia che in concomitanza delle ferie estive l'ufficio rimarrà chiuso **dal 13 agosto al 18 agosto 2008**.

Dal 19 agosto 2008 l'ufficio riprenderà il regolare servizio al pubblico. ●

con la descrizione dei contenuti del dottorato di ricerca in infermieristica, degli impegni dei dottorandi e delle esperienze estere, argomento che ha interessato fortemente la platea.

Sabrina Spangaro, infermiere coordinatore di Udine ha illustrato un'interessante ricerca sulle competenze infermieristiche in terapia intensiva. Da una revisione della letteratura sulla definizione di competenze si è arrivati, con uno studio descrittivo multicentrico su 100 operatori, a valutare e a "mappare" le competenze necessarie dell'infermiere neo inserito, dell'infermiere addestrato e dell'infermiere esperto, con relativa espressione della performance. Lo strumento utilizzato è stato un questionario a 58 variabili derivato da una meta-analisi della letteratura. Sinteticamente i risultati hanno dimostrato come le competenze di maggiore interesse riguardano la risoluzione delle problematiche assistenziali mediante la letteratura, l'affiancamento agli studenti e ai neo assunti.

Rymond Jean Pignani, infermiere azienda ospedaliera di Perugia affrontando il concetto delle competenze generaliste distingue l'infermiere esperto da quello con competenze di base, evidenziando una modalità di differenziazione e valorizzazione difficilmente applicata nella pratica. La difficoltà sta nell'assenza di uno strumento che analizzi le competenze attese e reali dell'infermiere, oggettivamente. Comunque, si ribadisce che esse derivano dalla formazione, dall'esperienza, dall'aggiornamento professionale, ca-

ratteristiche rintracciabili anche dal profilo professionale DPR 739 del 1994.

Anna Maturi infermiere coordinatore S.C. Chirurgia A.S.L. 3 dell'Umbria, attraverso un "viaggio" nel passato ha illustrato le attuali competenze e le responsabilità dell'infermiere coordinatore e dell'infermiere specialista evidenziando come queste, negli anni, si sono aggiornate trovando espressione sia nella pratica, sia nella normativa. Ha successivamente descritto il ruolo dell'infermiere specialista nello sviluppo delle competenze infermieristiche illustrando, sinteticamente, le competenze delle principali specializzazioni infermieristiche. Ha concluso l'intervento con l'illustrazione di una ricerca circa i master preferiti da parte degli infermieri e il perché di alcune scelte da parte dei professionisti.

Serena Agrestini, Infermiere Dirigente Azienda Ospedaliera di Perugia ha chiuso l'intervento della prima sezione commentando le competenze dell'infermiere Dirigente. Ha evidenziato come con la legge 251 del 2000, relativa alle discipline delle professioni sanitarie, ha riconosciuto la dirigenza delle professioni sanitarie ma le aziende 'possono', (e non devono) di attribuire il relativo incarico dirigenziale. Solo dove è presente questo riconoscimento è possibile garantire una autonomia gestionale che permettere di esplicitare le potenzialità reale della professione. Il dirigente con le sue competenze oggi rappresenta, nell'organizzazioni sani-

tarie, il garante delle assegnazioni equilibrate delle risorse di risorse umane a livello aziendale, nonché dei loro processi di selezione, valutazione.

Il presidente del Collegio ha poi aperto i lavori della tavola rotonda "Le competenze degli infermieri, come riconoscerle e valorizzarle". Marcello Bozzi rappresentante della Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. ha lanciato immediatamente uno slogan: "Le competenze infermieristiche devono essere riconosciute innanzitutto dalla Regione, dalle direzioni sanitarie e dall'Università. Le Regioni devono dare il pieno riconoscimento della legge 43 e della 251/00. Le direzioni sanitarie devono riconoscere il ruolo degli infermieri inseriti nei diversi livelli es:

DIRIGENTE MEDICO DIREZIONE ➡ DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE

Le università devono smetterla di formare dei piccoli medici ed iniziare a formare dei grandi infermieri. Questo sarà possibile quando gli atenei inizieranno ad attribuire agli infermieri cattedre che attualmente sono appannaggio di altre professioni. Dello stesso parere è Vincenzo Panella, direttore generale ASL 1, aggiungendo che la forza della professione infermieristica sta proprio nell'aver iniziato da sola il riconoscimento della propria autonomia. Per valorizzare le competenze della professione infermieristica è importante capire dove si colloca la professione infermieristica all'interno dei percorsi di innovazione: all'interno del governo clinico. Un esempio di valorizzazione delle competenze infermieristiche sono le

due strutture di Day-Surgery dell'ospedale di Branca a direzione infermieristica. Il difficile rapporto con l'Università di Perugia è stato espresso da Alessiana Coltorti Rappresentante Regione Umbria, insieme a tutti i rappresentanti delle sigle sindacali invitati, Caludio Bendini UIL, Fosco Gilardi CISL, Lucio Nagni NURSING UP e Enzo Turchi CGIL. È stato ribadito come l'Università Perugia, assegna, da sempre, le docenze senza il coinvolgimento della Regione, del collegio professionale o altro istituto. Dal giro di tavolo da parte dei rappresentanti sindacali è emerso anche la "varietà" dei servizi aziendali delle professioni sanitarie delle aziende della regione Umbria: ogn'una con un modello organizzativo diverso, a dimostrazione di una elevata frammentarietà.

La giornata formativa ha visto interessanti interventi da parte dei partecipanti i quali hanno sollevato il problema della ormai cronica carenza di personale all'interno di tutte le aziende della regione e come questa ostacoli lo sviluppo delle competenze. A piena voce si è concluso che le carenze organiche non devono assolutamente intralciare il processo di sviluppo della professione, anzi dobbiamo "imparare" a trovare il modo di dimostrare il grado di assistenza che si può erogare con le risorse assegnate.

I lavori si sono conclusi in tarda giornata con coinvolgimento da parte dei partecipanti che hanno dimostrato l'interesse per l'argomento attraverso la loro presenza che si è protratta oltre il tempo programmato.



cinquantesimoannocollegiodiperugia



Dall'alto: Tavolo della presidenza e relatori della sessione: Rymond Jean Pignani, Serena Crestini, Sabrina Spangaro ed il Presidente Palmiro Riganelli. I partecipanti alla giornata studio

cinquantesimoannocollegiodiperugia

DI BARBARA MANGIACAVALLI

MEMBRO DEL DIRETTIVO DELLA FEDERAZIONE DEI COLLEGI IPAS.VI.

GIORNATA DI STUDIO - COLLEGIO IP.AS.VI. DI TERNI

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE AZIENDE SANITARIE

Il giorno 16 maggio, presso la Sala Conferenza dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni, in occasione dell'assemblea annuale degli iscritti, si è tenuta una giornata studio sul tema: "La Responsabilità Professionale e la gestione del rischio clinico nell'azienda sanitaria". Il testo che segue è ricavato dalle slides di presentazione della relazione della collega Dott.ssa Barbara Mangiacavalli.

Evoluzione della responsabilità professionale

Rinnovata responsabilità infermieristica:

- nella formazione;
- nell'ambito clinico assistenziale;
- nella gestione;
- nell'ambito organizzativo.

Elementi che definiranno le regole della colpa e della responsabilità professionale:

- rispetto dei presupposti scientifici;

- rispetto dei valori etici condivisi ed indicazioni derivanti dalla coscienza personale;
- rispetto delle norme di riferimento.



COLLEGIO DI PERUGIA I CORSI...

Si informano i colleghi interessati ai nostri corsi residenziali di Inglese scientifico ed EBN, che sono previste, per il secondo semestre, ulteriori riedizioni per corrispondere alle richieste di partecipazione già pervenute alla nostra segreteria. Le iscrizioni sono quindi già chiuse e le liste dei partecipanti complete. Inseriremo prossimamente sul sito i relativi elenchi e provvederemo a darne diretta e tempestiva comunicazione agli interessati. ●

Accertamento della colpa

Prevedibilità: Un agente *medio* nelle medesime condizioni di tempo e luogo del soggetto agente avrebbe potuto *prevedere* il verificarsi dell'evento?

Prevenibilità: Un agente *medio* nelle medesime condizioni di tempo e luogo del soggetto agente avrebbe potuto *prevenire* il verificarsi dell'evento?

- per accertare la colpa occorre riferirsi alle regole dettate dalla disciplina di riferimento;
- le regole che definiscono la colpa del sanitario sono dettate dalla stessa categoria di riferimento;
- fino al 1999 - il mansionario esauriva l'accertamento. Oggi - l'accertamento assume connotati analoghi alle altre professioni sanitarie

Nell'attuale quadro normativo, la definizione esatta dei compiti del personale medico e di quello infermieristico non è certamente agevole, anche in conseguenza dell'abolizione del mansionario... Un metro

maggiormente rassicurante nella determinazione delle mansioni che possono essere svolte dai medici e dagli infermieri e rispondente ad una classificazione "dinamica" delle mansioni, come esige l'attuale legislazione, risulta quello che prende le mosse dall'analisi critica di ciò che ogni singolo operatore sanitario è effettivamente in grado di eseguire nel rispetto del fondamentale diritto all'integrità fisica dell'utilizzatore dei servizi e nell'ovvia premessa che ormai si deve parlare - nel settore sanitario - di un "concorso" di professioni completamente autonome; è di tutta evidenza l'importanza che, anche in questi termini, assume l'esatta autocoscienza

leri: professione ausiliaria

"Non risponde di lesioni coltose un infermiere, il quale nell'eseguire, legalmente autorizzato, delle iniezioni, abbia perforato il nervo sciatico del paziente, producendone la paralisi, perché un infermiere non è tenuto a conoscere l'anatomia topografica" (Tribunale di Pavia, 30 giugno 1930).

"Il medico è responsabile dell'organizzazione interna del servizio a lui affidato e deve svolgere attività di controllo e di verifica sull'operato degli ausiliari. Se il medico effettua una prescrizione di farmaci e l'infermiera la trascrive per consegnarla al malato, il primo è tenuto a controllare che la seconda non incorra in errori di trascrizione causativo della morte" (Tribunale di Bolzano, 3 marzo 1980).

Oggi il D.M. 739/1994

L'infermiere:

- è un professionista dell'assistenza;
- deve essere in possesso della laurea abilitante;
- deve essere iscritto all'albo professionale (tenuto dal Collegio IP.AS.VI.).
- è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. **Responsabilità di risultato** **Responsabilità del processo** L'infermiere *risponde*, quale professionista, direttamente delle sue azioni orientate al risultato assistenziale, sopportandone l'onere delle relative conseguenze di natura civile, penale e disciplinare:
- Il profilo in modo assoluto non pone dei limiti all'attività dell'infermiere: descrive gli ambiti in cui la sua competenza può e deve esprimersi mediante prestazioni e funzioni.
- Il profilo indica l'articolazione dei settori che costituiscono il potenziale operativo degli infermieri

Le funzioni svolte dall'infermiere sulla base del profilo professionale sono svolte in assoluta autonomia (cfr. art. 1, L. 251/2000). Sono tutte svolte su *iniziativa personale*; ciò significa che l'infermiere, e lui solo, si deve attivare per svolgerle (ad eccezione di una che è riconducibile a prescrizione medica: cfr art. 1, comma 2, lett. d).

Art. 1.

- 3. "L'infermiere: a) partecipa...; b) identifica...; c) pianifi-

ca, gestisce, valuta...; d) garantisce...; e) agisce...; f) ...si avvale...; g) svolge la sua attività...

Sono le "attribuzioni", le funzioni proprie, i doveri professionali, gli ambiti di competenza professionale, il "sapere, il sapere fare, il sapere essere infermieristico", che è diventato *sapere essere responsabili*".

Personale di supporto

3. "L'infermiere: f) per l'esplicitamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto".

Quando l'infermiere si avvale di operatori di supporto, deve costantemente e preventivamente verificare il livello di competenza di tali figure, discernere attentamente se e quali mansioni affidare e garantire sistematica e adeguata supervisione su quanto in via di effettuazione, *mantenendo comunque la responsabilità dei risultati*.

In altre parole, l'infermiere conserva la piena responsabilità del risultato, mentre l'operatore di supporto mantiene la responsabilità della correttezza a delle proprie azioni.

Il profilo professionale consegna agli infermieri la *responsabilità* del processo assistenziale, riconosce *l'autonomia* decisionale, richiede *competenze* e capacità di lavoro interdisciplinare.

Titolarità dell'atto infermieristico

Dalla responsabilità del (me)ro atto esecutivo all'assunzione di responsabilità dell'atto sanitario infermieristico.

Il professionista sanitario è passato dal prestare assisten-

za *al medico* al prestare assistenza *al paziente*, assumendo non più la responsabilità del mero atto individuato da un mansionario nei confronti del medico, ma assumendo la *responsabilità* del percorso sanitario infermieristico nei confronti del paziente.

Parole chiave

Professionalità, autonomia, responsabilità:

- **Professionalità:** l'area entro cui il sanitario può e deve muoversi;
- **Autonomia:** è il potere di scegliere il mezzo migliore; implica la possibilità di muoversi liberamente all'interno delle regole;
- **Responsabilità:** è il dovere di garantire il risultato migliore.

Il tentativo che ogni professionista dovrebbe cercare di compiere è quello di un livello ottimale di sicurezza e di professionalità, pur sapendo di doversi assumere il peso e la responsabilità delle proprie azioni. Assumersi la responsabilità delle proprie scelte comporta, come insegnano Kierkegaard e Sartre, l'angoscia. Perché scegliere ci pone di fronte alla possibilità di sbagliare, di fallire, di mostrare la nostra inadeguatezza.

La responsabilità colposa-penale

Colpa generica

- **Negligenza** (non fare ciò che si sa fare);
- **Imprudenza** (fare più di ciò che si sa fare);
- **Imperizia** (fare ciò che non si sa fare);

Colpa specifica

- inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o *discipline*.

Colpa professionale

Genera da un reato commesso nell'esercizio dell'attività professionale.

La colpa professionale dell'infermiere deve essere valutata nell'ambito dei criteri generali dettati dal sistema penale e non di quelli, eccezionali, previsti dall'art. 2236 c.c.

Colpa generica e colpa specifica possono articolarsi in:

- obbligo di informarsi; – obbligo di agire con cautela (per evitare o ridurre i pericoli);
- obbligo di astenersi completamente dall'agire (per evitare rischi incontrollabili);
- obbligo di idonea scelta dei propri ausiliari e di controllo sugli stessi.

Obbligo di informarsi

Chiunque svolga professionalmente un'attività ha l'obbligo di curare in via permanente la propria preparazione. Per l'infermiere professionale la L. n. 42/99 ha statuito in via esplicita la ricorrenza di questo onere, stabilendo che i confini della professione sono circoscritti, dal decreto del profilo professionale, dai contenuti dell'ordinamento didattico, dal codice deontologico e *dalla formazione post-base*.

Esistono per l'infermiere due diversi livelli di informazione: uno "generale" dettato dalla conoscenza di strumenti operativi quali *protocolli* e *procedure*:

Protocolli

I riferimenti scientifici sottesi al protocollo e la condivisione di tali riferimenti da parte del gruppo conferiscono al protocollo la connotazione di strumento tipicamente professionale in grado di favorire un'integrazione prevalentemente di tipo orizzontale

Il contenuto peculiaramente operativo di un protocollo contestualizza la sua applicazione alla realtà in cui viene elaborato. Dal punto di vista organizzativo i protocolli rispondono alla necessità di integrazione; dal punto di vista professionale rappresentano il riferimento su cui basare un'assistenza che sia espressione di comportamenti scientificamente riconosciuti come ottimali.

Tipologie di protocolli

- **Protocolli di tecniche infermieristiche:** hanno come oggetto di attenzione la realizzazione di una tecnica.
- **Protocolli di assistenza a manovre/tecniche di competenza medica:** hanno come oggetto di attenzione l'assistenza al paziente e la collaborazione con il medico durante l'esecuzione di manovre.
- **Protocolli di processo:** hanno come oggetto di attenzione l'erogazione di processi assistenziali rivolti a specifiche tipologie di utenti.

Procedure

Strumento di integrazione prevalentemente verticale (gerarchico) che non lascia spazio di discrezionalità in quanto definito dall'organizzazione azien-

dale. Ha una connotazione di tipo prevalentemente amministrativo) gestionale... e un secondo livello dell'obbligo di informarsi che attiene al singolo caso specifico di cui l'infermiere può essere chiamato ad occuparsi.

L'infermiere quale soggetto portatore di una posizione di garanzia

"Gli infermieri, così come i medici, sono portatori di una "posizione di garanzia" nei confronti dei pazienti loro affidati ed hanno il preciso dovere di eseguire prontamente tutte le disposizioni necessarie alla tutela della salute dei malati" (Sent. n°9638/2000 Corte Cassazione).

La *posizione di garanzia* viene definita come "uno speciale vincolo di tutela tra un soggetto garante ed un bene giuridico, determinato dall'incapacità, totale o parziale, del titolare a proteggerlo autonomamente".

Posizioni di garanzia

- *Posizioni di protezione* (es. obbligo dei genitori di proteggere i figli di minore età).
- *Posizioni di controllo* (es: l'obbligo del proprietario di un edificio pericolante di evitare eventi dannosi per qualsiasi soggetto).

Dalla titolarità di tale posizione scaturisce l'obbligo per l'infermiere di attivarsi e di fare tutto il possibile per la salvaguardia dell'interesse tutelato (la salute) una volta che egli percepisca il pericolo in cui il

l'angolo del libro...

PSICHIATRIA CLINICA

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

Cari Colleghi, pensando di fare cosa gradita, informiamo che per gli iscritti del Collegio IP.AS.VI. di Perugia è possibile acquistare periodici scientifici, testi Infermieristici, medico-scientifici e divulgativi usufruendo di sconti dai cataloghi Masson, Carocci Editore, Ambrosiana, McGraw-Hill, Edi Ses, Delfino.

Lo sconto è ottenibile esibendo il Tesserino d'Iscrizione al Collegio IP.AS.VI. di Perugia presso la sede: Multimedia Commissionaria libraria, via Eugubina, 2/c (Pg) **Tel. 075-5726874 Fax 075-5717364.**

PSICHIATRIA CLINICA Applicazioni in medicina generale

di Cinzia Bressi, Giordano Invernizzi



Indice

- 1) Psicopatologia generale e descrittiva;
- 2) Clinica psichiatrica;
- 3) Medicina psicosomatica;
- 4) Psicofarmacologia;
- 5) Problemi specifici del paziente;
- 6) Problemi specifici del personale;
- 7) Medicina legale.

Gli autori

Cinzia Bressi: Professore Associato di Psichiatria dell'Università degli Studi di Milano. Dottore di Ricerca in Psichiatria e Scienze Relazionali. Coordinatore del Corso di Clinica Psichiatrica e Psicologia Clinica, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano, Polo Centrale. Docente in diverse Scuole di Specializzazione del CDL in Medicina e Chirurgia e di diversi Corsi di Laurea triennale dell'Università degli Studi di Milano. Responsabile del Servizio di Psicoterapia dell'Unità Operativa di Psichiatria dell'Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano.

Giordano Invernizzi: Professore Ordinario di Psichiatria all'Università degli Studi di Milano. È stato Direttore della Clinica Psichiatrica e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Milano ●

paziente versa, ma ciò senza che sia necessaria la previsione normativa specifica volta a definire il contenuto della condotta dovuta, che viceversa sarà dettato dalle circostanze del singolo caso.

Responsabilità d'equipe

Spesso è obiettivamente assai difficile distinguere quanto è causalmente derivato dalla prestazione dell'uno e quanto dalla prestazione dell'altro dei professionisti che fanno parte dell'equipe medico-chirurgica la Responsabilità d'equipe:

- **principio divisione degli obblighi:** ognuno deve ottemperare agli obblighi propri della disciplina e dei doveri di competenza diversi per ciascuna professione;
- **responsabilità personale:** ognuno risponde della diretta inosservanza delle regole;
- **principio dell'affidamento:** per cui ogni componente dell'equipe deve poter confidare sulla correttezza della condotta degli altri colleghi. Il principio non è più valido se il componente ha constatato direttamente l'errore dell'altro e poteva evitarlo; oppure, se si tratta del capo équipe, che ha il dovere di vigilare sulla condotta degli altri componenti.

In ambito penale vale il principio della responsabilità personale soggettiva. Ciò significa che in ogni caso viene ricercata e distinta la responsabilità dell'uno o dell'altro degli

operatori sanitari intervenuti.

In sede civile, ove si parla di risarcimento del danno alla persona, tenuto conto della difficoltà del danneggiato di provare il quantum di colpa di ciascuno dei componenti dell'equipe, la domanda di risarcimento per danno da responsabilità contrattuale è generalmente avanzata dal danneggiato nei confronti dell'ASL o dell'Azienda Ospedaliera ove la prestazione è stata effettuata.

Allo stato attuale la giurisprudenza è orientata nel senso di ammettere una "responsabilità oggettiva" non strettamente fondata sulla dimostrata colpa di un determinato professionista e, in taluni casi, si è parlato di "*responsabilità collettiva*" dell'equipe.

Il sistema di responsabilità: l'equipe

Cass. Pen. IV, sent.10868/1983: errato collegamento dei tubi di ossigeno e protossido. Ritenuti responsabili gli infermieri per l'errato collegamento e il medico anestesista per non aver effettuato il controllo sul collegamento fatto dagli infermieri. Il medico anestesista ha l'obbligo di sorvegliare e controllare che tutte le apparecchiature siano in regola e non sussistano difetti di funzionamento. Tale azione deve essere effettuata prima dell'intervento e del trattamento.

Pertanto l'essersi il predetto sanitario adoperato successivamente per elidere, senza peraltro riuscirvi, le conseguenze del proprio fatto colposo non elimina la sua re-

sponsabilità. (fattispecie: somministrazione nel corso di intervento chirurgico di protossido di azoto anziché ossigeno, in conseguenza di errato innesto dei rispettivi tubi, portanti i predetti gas, dagli impianti centralizzati a quelli dell'apparato per anestesia, collegati ai rispettivi flussometri, senza che i medici anestesisti avessero in precedenza effettuato il controllo dell'esattezza o meno di siffatti innesti effettuati dagli infermieri)

Cass. Penale IV, sent. 07601/1991: quando, come nel caso di interventi operatori, il lavoro si svolga in "equipe", ciascun componente è tenuto ad eseguire col massimo scrupolo le funzioni proprie della specializzazione di appartenenza. Il medico anestesista è tenuto ad adempiere una serie di mansioni che rientrano nel suo preciso ambito di competenza, tra le quali la trasfusione di sangue al paziente. Pertanto, quando l'anestesista si avvalga di un collaboratore in funzione di ausiliario, sicché sia costui che materialmente effettua la sostituzione di un precedente flacone esauritosi con altro pieno di sangue nuovo da trasfondere, sussiste per l'anestesista l'obbligo di assicurarsi, prima che l'operazione trasfusionale riprenda con l'immissione di ulteriore liquido ematico, che il tipo di sangue sia esattamente quello che è destinato al paziente (fattispecie in tema di omicidio colposo).

Pretura di Pavia, sent. 92/1999: l'abbandono di garze all'interno dell'addome di un paziente è da attribuire alle con-

denziano superficialità di condotta e leggerezza operatoria meritevoli di adeguata sanzione risarcitoria. E ciò anche in assenza di particolari condizioni di urgenza o di confusione che oggettivamente possano qualificare come "scusabile" l'errore professionale in cui gli stessi incorsero. Se il chirurgo dimentica una garza nell'addome del paziente costringendolo a sottoporsi ad un nuovo intervento per la sua rimozione, deve essergli imputato a titolo di responsabilità amministrativo-contabile, il danno erariale nella misura del costo sostenuto dall'ASL per l'intervento di rimozione. Non è infatti accettabile che medici chirurghi, nell'espletamento di pratiche assolutamente consuete, compiano simili errori ed omissioni, conseguenza di una condotta superficiale e negligente.

I giudici della Corte dei Conti hanno quindi condannato due medici ginecologi a rifondere alla ASL di appartenenza le spese da questa sostenute per l'intervento finalizzato alla rimozione di una garza "dimenticata" dai due sanitari nell'addome della paziente in un precedente intervento di parto cesareo.

Cass. Civ. sent. 1707/2001: nel caso di lavoro interdisciplinare d'equipe ogni partecipante risponde pacificamente dell'inosservanza delle *leges artis* proprie del tipo di attività del medesimo svolta ma si pone certamente quale responsabile anche nel caso in cui si rappresenti l'altrui comportamento scorretto o pericoloso ovvero abbia un dovere di co-

ordinamento sull'operato degli altri membri.

Il sistema di responsabilità: gli Infermieri

Cass. Penale, IV sez. sent. N. 859/1998: il professionista sanitario non medico ha l'obbligo di accertamento prima



TROPPI AL SUD POCHI AL NORD

Il segretario della conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie Angelo Mastrillo, in occasione della giornata internazionale dell'infermiere, ha presentato alcuni dati in base ai quali in Lombardia e in Veneto, i giovani che ogni anno chiedono d'isciversi alla laurea in infermieristica sono circa 300-350 (i posti disponibili in Lombardia sono circa 1.745). Al Sud, invece, gli studenti pugliesi che fanno domanda sono 2.037, in Campania 2.398 e in Sicilia 1.850, anche se per ogni 5 domande c'è solo un posto disponibile in ateneo (al Nord per ogni studente ci sono almeno due posti liberi). Ciò si verificherebbe per la mancanza d'una politica d'incentivazione rivolta a favorire l'accesso dei giovani al nostro corso di laurea. La regione dovrebbe oltre che incentivare lo studente, anche favorire il mantenimento del laureato nel territorio pena il rischio di formare infermieri che poi prestano servizio altrove ●

di effettuare manovre che possono rivelarsi dannose

Sentenza della IV Sez. penale della C.C. 9739/2005: nel 1995 un paziente muore per shock ipovolemico da sanguinamento interno durante un decorso post-operatorio per un intervento di escarectomia e successivo innesto cutaneo.

Il decorso post-operatorio (notturno) evidenzia un quadro sempre più marcato di shock: pallore, sudorazione, ipotermia, ipotensione, oliguria. Quadro che qualunque infermiera "mediamente diligente", ancorché professione sanitaria ausiliaria (1995), riconoscerebbe. Sostenibile viene ritenuta la valutazione sottesa al giudizio di casazione di rigetto del ricorso degli infermieri e conferma della condanna per condotta "assolutamente omissiva".

Il sistema di responsabilità: i risarcimenti

I valori

- Il più alto risarcimento finora pagato in Italia è pari a € 5.200.000
- La media dei sinistri si aggira su € 52.000-75.000.
- Si nota comunque una notevole "drammatizzazione" dei danni in sede sanitaria, quasi che qui il 20% di invalidità permanente valga più che altrove.

Il DPR 761/79 (stato giuridico del personale) stabilisce che le aziende sanitarie *possono* (non c'è obbligo, ma facoltà dell'ente) stipulare polizze assicurative per i loro dipendenti, per coprire le spese

derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, comprese quelle di giudizio, relativamente alle loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo i casi di dolo e colpa grave. La polizza assicurativa copre solo ciò che è consentito esercitare.

Nulla vieta al singolo, di stipulare personalmente una polizza: di certo egli dovrà essere a conoscenza del fatto che, qualora vi sia la necessità di un risarcimento, l'assicurazione interviene, a fronte di un rincarico del premio dovuto per l'anno successivo; inoltre la compagnia assicurativa risponde solo per colpa.

Il sistema di responsabilità: prospettive

Le assicurazioni si attendono e temono un aggravio dei costi da sostenere nel ramo sanitario – *infatti* – tratto dal “Washington Post” del 14 luglio 2000 “Vostro figlio va male a scuola? Potrebbe essere colpa dell'ostetrico che vi ha assistito durante il parto. Per saperne di più, telefonate allo studio degli avvocati Baker & Smithson, al vostro servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 17. Ogni costo sarà a carico della Compagnia di Assicurazione del personale medico e paramedico” un po' di dati per cominciare!:

- ricoveri/anno 8.000.000
- danni/anno 320.000
- n° cause pendenti 12.000
- decessi 35.000 (5,5% di morti)
- Risarcimenti annui € 10 miliardi (1% pil)

Epidemiologia degli eventi avversi

Le dimensioni del fenomeno

- Ostetrici: 83%;
- Ortopedici: 75%;
- Chirurghi: 73%;
- Cardiologi: 60%;
- Gastroenterologi: 56%;
- Generalisti: 51%;
- Internisti: 44%;
- Pediatri: 42%.
- Media generale: ... 58%.

L'errore umano

Gli uomini sono fallaci ed errori si verificano anche nelle migliori organizzazioni. Non possiamo cambiare la condizione umana, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano.

Le modalità di approccio

- **Ricerca della responsabilità individuale:** il focus è il comportamento umano. Approccio che dava sicurezza, è evidente a tutti i livelli, è di tipo sanzionatorio. Non permetteva di analizzare e agire sulle cause alla base dei comportamenti.
- **Ricerca ed individuazione dell'errore latente:** il focus sono le condizioni nelle quali accade l'errore. Si tenta di agire sull'architettura organizzativa quali linee guida e protocolli. Tale approccio è stato definito approccio sistemico allo studio degli errori o teoria degli errori latenti a questo approccio *ci si deve ispirare se si vuole ridurre l'incidenza degli eventi avversi.*

Le tre diverse tipologie di comportamento dell'uomo:

- **skill-based:** prestazioni basate sulle abilità e sulle abitudini
- **rule-based:** prestazioni basate su regole conosciute (se X allora Y..)
- **knowledge-based:** prestazioni basate sulla conoscenza o pensiero sintetico.

Da cui discendono le tre diverse tipologie di errore:

- errori di esecuzione che si verificano a livello di abilità (slip): alterata lettura, alterata descrizione, ecc
- errori di esecuzione provocati da un fallimento della memoria (lapses): risultato diverso per fallimento della memoria
- errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione ma durante la pianificazione (mistakes):. Sono di due tipi:
 - rule-based;
 - knowledge-based.

Si sceglie la via sbagliata o per cattiva interpretazione del problema o per mancanza di conoscenze.

“Evitare l'errore è un ideale meschino: se non osiamo affrontare problemi che siano così difficili da rendere l'errore quasi inevitabile, non vi sarà allora, sviluppo della conoscenza. In effetti è dalle nostre teorie più ardite – incluse quelle che sono più erronee – che noi impariamo di più. Nessuno può evitare di fare errori: cosa grande è imparare da essi” (Popper, 1972).

Errore come:

- Azione inopportuna e svantaggiosa;
- Infrazione nei confronti di una regola o di una consuetudine.

Valenza pedagogica dell'errore

Infermiere = professione sanitaria:

- Obblighi morali di competenza, responsabilità e autonomia;
- Dominio di un ampio orizzonte di conoscenze, di competenze, di abilità.

Responsabilità e competenza nell'attuale analisi della responsabilità professionale:

Il parametro cui è rapportata l'azione professionale nelle aule di giustizia è l'efficacia dell'azione verso il raggiungimento dell'obiettivo:

- **limite delle conoscenze:**
 - NO principio di astensione;
 - SI tutela della persona assistita.

Declinare la responsabilità

Farsi carico che altri più qualificati possano assumerne la presa in carico: Equilibrio dell'agire etico-professionale: mix di dovere di fare e di astenersi.

"... laddove l'azione professionale fa parte di un preciso obbligo giuridico e rientra tra i doveri di servizio, la semplice astensione dal fare non è sufficiente anche se praticata al fine di evitare danni... è richiesta... un'attività propositiva di reperimento delle risorse... diversamente sarebbe oggi giorno difficile impostare una valida difesa di un infermiere sull'affermazione che egli è un

mero esecutore di ordini senza alcuna... possibilità di incidere su percorsi assistenziali..." (Gamba, 1999).

Ogni infermiere assume la responsabilità della propria professione in funzione del livello di competenza raggiunto, livello che non può considerarsi statico ma dinamico in continua costruzione attraverso la formazione e la ricerca.

L'evoluzione di tutta la pratica clinica è basata sempre più sulla ricerca scientifica che permette la costruzione di indicatori e indici di esiti avversi e quindi di elaborare ulteriori linee guida e protocolli. Articolo pubblicato su IONA nel 2002.

Proposta di tassonomia degli errori che riguardano la pratica infermieristica composta da otto categorie: mancanza di attenzione; mancanza di interesse fiduciario; giudizio inappropriato; mancanza di interventi nell'interesse del paziente; errori terapeutici; mancanza di prevenzione; sbagli o equivoci di altri operatori; errori di documentazione

La ICAHO identifica le seguenti fonti di errori terapeutici: farmaci con nomi simili; farmaci con confezione simile; farmaci che non sono comunemente usati o prescritti; farmaci di uso comune a cui alcuni pazienti sono allergici; farmaci che richiedono controlli.

Focus su sbagli o equivoci di altri operatori: Prescrizione verbale del medico.

"...l'infermiere è tenuto a chiedere chiarimenti al medico, essendo esigibile da parte dell'infermiere che l'attività di preparazione del flacone non

sia prestata in modo meccanicistico ma in modo collaborativo col medico non per sindacare circa l'efficacia ma per richiamare i dubbi avanzati circa il dosaggio in presenza di variazione dello stesso..." (C.P. 1878/2000).

Focus su errori terapeutici: sbagliare la dose del farmaco; sbagliare gli orari di somministrazione; incremento di velocità di somministrazione; sbagliare concentrazione o dosaggio di somministrazione; sbagliare via di somministrazione; sbagliare farmaco; sbagliare paziente. Approccio alle persone vs. approccio al sistema. Errori attivi. Gli errori attivi sono quelli riconducibili alle persone, ovvero derivanti da:

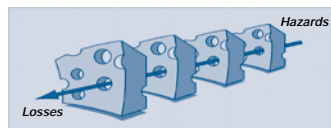
- imperizia;
- imprudenza;
- negligenza;
- demotivazione;
- stress/stanchezza.

Approccio alle persone vs. approccio al sistema Errori latenti: gli errori latenti sono quelli insiti nell'organizzazione del lavoro (le lacune del sistema che favoriscono l'insorgenza di errori): processi non pianificati o non presidati; attribuzione irrazionale di compiti e responsabilità; turni e carichi di lavoro illogici; ambienti e tecnologie non adeguati.

Approccio alle persone vs. approccio al sistema. Come agire?. Dato che è dimostrato che l'85% degli eventi avversi che occorrono in un ospedale è riconducibile a una causa latente (e nonostante ciò nel 98% dei casi si interviene sull'Operatore!!) la priorità è ov-

via: intervenire sull'organizzazione per diffondere una cultura di gestione del rischio ed eliminare alla radice quelle situazioni che favoriscono l'insorgenza di errori.

Il modello di Reason (Swiss cheese model)



Come difenderci dagli errori (ovvero le fette di formaggio)

Le barriere "hard"

- fisiche;
- automazione;
- sistemi di sicurezza.

Le barriere "soft"

- procedure;
- protocolli;
- controlli amministrativi;
- controlli nei punti di rischio.

Rischio

Le barriere possono essere infrante da difetti *attivi* – *difetti latenti*.

L'approccio sistemico all'errore

Errore frutto di un processo globale non solo come sbaglio del singolo operatore:

- **Latent failure**
 - 1) gestionali, organizzativi;
 - 2) fattori tecnologici;
- **Active failure**
 - 1) errori dei singoli;
 - 2) operatori;

Non più ricerca e punizione di un colpevole ma analisi e rimozione fattori sistemici favorevoli agli errori.

Problemi organizzativi e gestionali piu' frequenti:

- non applicazione del processo di assistenza infermieristica;
- mancanza di rispetto della privacy;
- mancanza di controllo delle attrezzature e presidi;
- inadeguata gestione delle risorse umane;
- carenza del sistema informativo;
- mancanza di job description per il personale di supporto.

Ambito organizzativo

- Inserimento e valutazione dei neoassunti in area critica.
- Formulazione e utilizzo di protocolli clinici e procedure operative aggiornati periodicamente.

DOMICILIO PROFESSIONALE

La Federazione Nazionale, con sua circolare 1/2008 comunica che in base ad una recente interpretazione, meno restrittiva della precedente, non è più requisito "indispensabile" la residenza nella provincia del Collegio presso cui si intende iscriversi, essendo sufficiente il "domicilio professionale". Per tale motivo, chi lavorando nella provincia di Perugia o di Terni pur essendo residente in altra provincia, vuole iscriversi all'Albo del nostro Collegio, può farlo, presentando insieme alla documentazione necessaria, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, reperibile in Segreteria, con cui si attesti il domicilio professionale (sede lavorativa) ●

- Documentazione clinica con riportati tutti gli eventi accaduti, scritti con calligrafia leggibile; chi ha scritto deve essere identificato facilmente.
- Prescrizioni terapeutiche formulate attraverso una struttura ben precisa.
- Registrazione di tutti gli eventi avversi compresi quelli derivanti da quasi errori e da cause organizzative.
- Turni di lavoro del personale conformi alla normativa europea.

Ruolo del coordinatore infermieristico nella gestione del rischio:

- Creare un clima di fiducia e collaborazione fra gli operatori;
- riorganizzare il lavoro per evitare carichi eccessivi;
- corretta tenuta apparecchiature elettromedicali;
- diffondere nell'unità operative le schede di incident reporting;
- programmazione degli interventi per rimuovere le cause di rischio;
- favorire la relazione d'aiuto infermiere-paziente nella rivelazione dell'errore;
- verificare l'applicazione e l'efficacia degli interventi programmati;
- favorire la diffusione della ricerca infermieristica come Prevenzione dell'errore;
- favorire la partecipazione ad eventi formativi del personale;
- Ascolto attivo dell'utenza.

"... da un grande potere derivano tante responsabilità..." (L'Uomo Ragno, 1962). ☺

DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI BLOCKNOTES

Internet ha cambiato il modo di fare informazione e gestire le notizie; le varie comunicazioni si trasmettono in modo rapido, quasi in tempo reale, e questo ha permesso a un gran numero di persone, di aggiornarsi e capire come sta cambiando il proprio settore disciplinare.

I social network

Nonostante questa premessa, numerosi soggetti ancora fanno fatica ad avere una connessione alla rete che permetta di usufruire appieno di queste potenzialità; ma allo stesso tempo tanti stanno sviluppando, in modo veramente partecipato quello che prende il nome di web 2.0. Questo neologismo sta a rappresentare lo sviluppo che sta prendendo la rete internet, dove chiunque può accedervi gratuitamente per condividere informazioni e collaborare alla creazione di nuova conoscenza. Alla base di questa piccola rivoluzione informatica c'è l'utente che utilizza la sua creatività, nelle varie collaborazioni, per portare innovazione.

I nuovi strumenti che vengono utilizzati prendono il nome di *social network* (che per-

mettono di condividere ogni tipo di informazione), *blog* (una sorta di diari scritti online), *wiki* (luoghi di aggregazione virtuale dove ognuno porta il suo contributo), *feed RSS* (strumenti in grado di fil-

la frase

« E nel nome del progresso il dibattito sia aperto, parleranno tutti quanti, dotti medici e sapienti

EDOARDO BENNATO

trare le informazioni, comunicando a chi li attiva le novità di un dato settore), *rating* (luoghi dove gli utenti inseriscono un oggetto da vendere o un servizio da giudicare)

Anche l'informazione scientifica utilizza questi canali di informazione, anche se per ora sono solo appannaggio delle riviste più importanti che hanno una larga diffusione (*New England Journal of Medicine, British Medical Journal, JAMA*), ma lo sviluppo della rete internet fa supporre che presto tutti i periodici inizieranno ad usare questi strumenti.

Uno degli esempi più interessanti di web 2.0, è la rivista PLoS ONE (www.plosone.org/home.action), dove agli utenti che entrano nel sito viene chiesto di inserire dei commenti e revisionare la pubblicazione stessa, la quale viene aggiornata e migliorata in base alle indicazioni di chi analizza criticamente l'articolo.

Le nuove tecnologie, permettono a chi ne usufruisce alcuni vantaggi, che riguardano soprattutto la possibilità di leggere solamente le informazioni a cui sono interessati, cercando di ottimizzare il proprio tempo; queste informazioni possono essere fruite come, quando, e dove vogliono, utilizzando i vari strumenti che la tecnologia fornisce (computer, lettore mp3, palmare, cellulare...). Uno degli svantaggi è che in questo modo è possibile perdersi gran parte dell'informazione scientifica, rischiando di diventare degli specialisti solo in piccoli settori delle scienze.

Esempi di applicazioni 2.0 (adattato e modificato da: Santoro E, Il web 2.0: dalla partecipazione alla informazione. *Ricerca & Pratica* 2007; 23: pp. 266-9).

Gli indirizzi Web e le relative applicazioni

► MySpace

www.myspace.com
("Social network")

► YouTube

www.youtube.com
(Condivisione filmati)

► SlideShare

www.slideshare.net
(Condivisione diapositive)

► Wikipedia

www.wikipedia.org
(Esempio di *wiki*)

► Bloglines

www.bloglines.com
(Aggregatore di blog)

► SciVee

www.scivee.tv
(Condivisione di relazioni scientifiche)


► Revolution Health

www.revolutionhealth.com
(Servizio di *rating* in medicina)

► Science Photo Library

www.sciencephoto.com
(Condivisione foto scientifiche)

► Nursepedia

www.proterin.net/nursepedia/index
(Esempio italiano di *wiki* infermieristico). 

(Indirizzo e-mail dell'autore a cui potersi rivolgere per informazioni: blocknotesumbria@libero.it)

notizie in breve

Conferenza Stato-Regioni approva il programma di autosufficienza nazionale sangue e plasma per il 2008

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

Il programma di autosufficienza nazionale sangue e plasma per il 2008 è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 20 marzo 2008. L'autosufficienza è un obiettivo strategico per il Paese, in quanto assicura la continuità delle cure sia in condizioni normali, sia quando elementi critici non previsti possono compromettere la regolare raccolta, produzione e messa a disposizione del sistema sanitario di sangue e suoi componenti.

L'evento sentinella verificatosi la scorsa estate a causa della sia pure limitata epidemia da virus Chikungunya in Emilia Romagna, dove la frenata nella raccolta delle donazioni avrebbe potuto mettere in crisi il sistema se non fosse stato allestito in emergenza un piano efficace di compensazione tra le Regioni, è ulteriore dimostrazione dell'esigenza di disporre di programmi e piani sistematici per presidiare l'autosufficienza che, a norma della legge 219/2005, è confermata come obiettivo non frazionabile del Paese, finalizzato a garantire a tutti i cittadini uguali condizioni di qualità e sicurezza della terapia trasfusionale.

In Italia si effettuano circa 2 milioni e 500.000 donazioni di sangue intero, con una media di 41,7 unità per mille abitanti, e circa 500.000 donazioni in aferesi.

La rete si avvale di circa 1666 punti di prelievo.

Il bilancio revisionale nazionale potrà essere mantenuto quantitativamente in equilibrio, con un delta positivo di 9468 unità, superiore al 2007 del 42%.

Nuovi dottorati a Tor Vergata

L'Università "Tor Vergata" di Roma ha pubblicato, per il terzo anno consecutivo, il decreto per l'istituzione dei Dottorati di ricerca in Scienze infermieristiche. I requisiti d'ammissione sono il possesso della laurea specialistica o magistrale, conseguita in Italia o all'estero e riconosciuta equivalente nel nostro Paese.

- Il Settore scientifico-disciplinare è il MED/45.
- La durata è di tre anni.
- La data di scadenza per la presentazione delle domande di concorso è il 2 settembre 2008.
- I posti a concorso sono 4, di cui due con borsa di studio.

Per informazioni

e-mail: dottorati.uniroma2.it

(sezione Corsi di dottorato – Medicina)

oppure www.infermieritorvergata.com ●

PREVENIRE GLI ERRORI - IMPARARE DAGLI ERRORI

FARMACI, CORSIE SENZA ERRORI

Il contenuto di questo articolo riguarda, prendendo spunto da una comunicazione riportata a pag. 2 dell'ultimo numero del 2007 di Professione Infermiere Umbria ("Farmaci, corsie senza errori"), la divulgazione di una recente Raccomandazione pubblicata dal Ministero della Salute nel settembre 2007, relativa alla "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia" (consultabile integralmente all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_675_allegato.pdf).

Il documento rappresenta uno strumento completo da implementare in tutte le strutture sanitarie per evitare o minimizzare il rischio dell'insorgenza dell'evento sentinella dovuto a un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera. Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di terapia farmacologica, infatti, sono la più frequente causa di danno nei pazienti ospedalizzati. L'evento avverso da farmaco provoca, solo negli Stati Uniti, 140.000 morti ogni anno e rappresenta sicuramente la voce di spesa mag-

giore. Altre casistiche internazionali forniscono dati ancora più allarmanti e una proiezione applicata alla situazione italiana (dove scarseggiano dati certi) evidenzia che, su 8.000.000 di persone ricoverate ogni an-

la frase

Sor Loreto,
quando si sente chiedere
se sia andato
a "lo spedale",
date le proprie precarie
condizioni di salute,
replica: "A mme?!
Ddi'mme cojjone,
ma nun zai ch'a lo
spedale ce se more?"

G. BELLI,
Sonetti Romaneschi,
"L'ammalaticcio",
(1791-1873)

no, 320.000 (circa il 4%) sono dimesse dall'ospedale con danni o malattie dovuti ad errori e disservizi ospedalieri. Difficilissimo stimare i decessi (si ipotizza almeno 90 al giorno).

Molti di questi eventi (fino al 20% sul totale degli errori) possono verificarsi durante tut-

to il processo di gestione del farmaco in ospedale (approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, e somministrazione), ma alcuni sono prevenibili. In considerazione di ciò, gli operatori sono chiamati a prestare molta attenzione ai possibili errori derivanti da un uso non corretto dei farmaci, poiché questi errori, se opportunamente monitorati e valutati, possono essere evitati.

Sicurezza nell'impiego dei farmaci

Per errore di terapia si intende ogni evento che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. Questi eventi, prevenibili ed evitabili, vanno differenziati dalle reazioni avverse ai farmaci (Adverse Drug Reaction - ADR), legate al farmaco stesso e che vengono rilevate e valutate mediante le attività di farmacovigilanza nazionali, regionali ed aziendali. Studi condotti a livello internazionale riportano che le cause degli errori in terapia sono multifattoriali e coinvolgono diffe-

renti operatori sanitari, ciascuno dei quali interagisce a vari livelli nel processo di gestione del farmaco. L'infermiere è uno dei principali "attori" coinvolti in tale processo, pertanto, per garantire la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche, egli deve possedere conoscenze aggiornate sull'azione e sugli effetti collaterali dei farmaci, sulla loro classificazione, sulle disposizioni normative in materia, nonché sulle loro modalità di conservazione e gestione in reparto.

La raccomandazione "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" ha il seguente obiettivo: prevenire il verificarsi dell'evento sentinella dovuto ad un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento agli eventi correlati all'impiego di farmaci considerati ad "alto rischio". Nel Glossario del Ministero della Salute i "Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione" sono quei farmaci che richiedono particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni (ad esempio: agonisti adrenergici, anestetici generali endovena, bloccanti neuromuscolari, stupefacenti, ecc.).

Come già detto, il rischio di errore in corso di terapia è presente durante tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale, pertanto le Aziende Sanitarie devono dotarsi di strumenti ed acquisire metodologie di lavoro per impostare un trattamento terapeutico che risul-

ti corretto e completo in tutti i suoi aspetti e che risponda a requisiti di sicurezza, mediante:

- adozione di procedure/protocolli aziendali codificati e condivisi tra gli operatori;
- elaborazione di un piano della sicurezza aziendale che consideri in maniera rilevante l'analisi degli errori in terapia e le azioni preventive e mitiganti da intraprendere;
- definizione di un piano di formazione del personale, strutturato e specifico per la sicurezza dei farmaci;
- promozione di iniziative per favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari;
- predisposizione di un protocollo sulle modalità di comunicazione specifica degli eventi avversi;
- individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e frutto delle migliori evidenze scientifiche disponibili;
- elaborazione di procedure ad hoc per la gestione delle scorte in farmacia ed in reparto;
- introduzione di tecnologie informatizzate (in base alle risorse economiche e umane);
- definizione di misure di monitoraggio con le quali seguire la terapia sia in termini di efficacia sia di possibili effetti collaterali (ad esempio, livelli plasmatici del farmaco)
- definizione di misure di monitoraggio e valutazione dell'impiego corretto dei farmaci, in relazione anche alla frequenza degli eventi avversi verificatisi.

Inoltre, poiché è dimostrato che le cause di tali errori sono spesso riconducibili a mancanza di informazioni, scarsa o inadeguata comunicazione, calo di attenzione, stanchezza, carenze organizzative (ad esempio, personale insufficiente, luoghi di lavoro rumorosi), è doveroso prestare particolare attenzione a questi elementi, favorendo il verificarsi di un errore all'interno della struttura sanitaria.

Vediamo ora cosa dice la Raccomandazione, fase per fase, ma prima va ricordato che *adottare una procedura condivisa a livello aziendale per la conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione e somministrazione dei farmaci, costituisce la base per operare in sicurezza*, dato che le ricerche mettono in evidenza che il verificarsi di errori relativi all'utilizzo dei medicinali è da imputare prevalentemente a una debolezza del sistema piuttosto che alla colpa individuale.

Approvvigionamento

L'Aziende Sanitarie possono richiedere, nei capitolati d'acquisto, l'inserimento di criteri o elementi che garantiscono importanti requisiti di sicurezza dei farmaci, ad esempio:

- la disponibilità di informazioni sulla ricostituzione dei farmaci, sulla compatibilità con i diluenti e sulla conservazione dei farmaci dopo la ricostituzione;
- la presenza di etichette di allarme sulla confezione dei farmaci "ad alto rischio";
- l'assenza di situazioni di rischio nella gestione del farmaco, come lo stesso colore delle confezioni per do-

saggi diversi della stessa forma farmaceutica o il nome simile, o la confezione simile tra prodotti completamente diversi;

Immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte

Come è noto, un corretto immagazzinamento dei farmaci ed una corretta gestione delle scorte assicurano l'integrità del prodotto farmaceutico e la prevenzione dei rischi legati alla conservazione stessa. In merito all'immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte dei farmaci le principali azioni da intraprendere sono:

- evidenziare e/o separare i farmaci che hanno una confezione o un nome simile, specialmente i "farmaci ad alto livello di attenzione";
- limitare, nei reparti, la disponibilità di soluzioni concentrate di elettroliti e favorire la presenza di soluzioni di elettroliti diluite pronto-uso o preparate in Farmacia;
- prestare particolare attenzione alla corretta conservazione dei farmaci (temperatura, umidità, caratteristiche strutturali degli spazi, armadi, carrelli e contenitori da trasporto idonei), specialmente per quelle confezioni (ad esempio, i colliri) che possono essere aperte e utilizzate per somministrazioni ripetute;
- disporre di una procedura per la conservazione dei farmaci in sperimentazione clinica.

Inoltre, la gestione delle scorte dei farmaci deve rispon-

dere a criteri condivisi di logistica, anche in considerazione di possibili forme aziendali di centralizzazione degli acquisti e/o esternalizzazione, in base a normative regionali. In particolare è necessario che i reparti condividano con la Farmacia le operazioni relative a:

- identificazione del fabbisogno di farmaci;
- invio delle richieste alla Farmacia, anche quelle urgenti giornaliere;
- controllo delle scadenze e ritiro degli eventuali farmaci scaduti (anche per non incorrere nel reato di "detenzione di farmaci scaduti o imperfetti" di cui all'articolo 443 del Codice Penale); inventario periodico;
- corretta conservazione dei farmaci;
- gestione dei farmaci oltre l'orario di apertura della Farmacia.

I campioni dei medicinali non devono essere presenti, in alcun modo, sul carrello delle terapie, negli armadi di reparto e della Farmacia (D. Lgs. 219/2006). È il medico che deve provvedere alla loro detenzione e su tali aspetti si è espresso anche il Codice di Deontologia Medica FNOMCeO 2006, nelle linee applicative dell'articolo 30 (conflitto d'interesse).

È poi utile ricordare che il coordinatore infermieristico (ex caposala), anche alla luce delle sue competenze manageriali e gestionali, frutto dell'evoluzione culturale e legislativa avvenuta nell'ultimo decennio, rappresenta l'interlocutore principale tra la Farmacia e la Struttura di degenza.

Prescrizione

L'errore di prescrizione può riguardare sia la decisione di prescrivere un farmaco da parte del medico, sia il processo di scrittura della prescrizione. L'atto della prescrizione da parte del medico può essere influenzato da vuoti di memoria, dimenticanze dovute ad interruzioni frequenti, fretta, stress e fatica o incompleta conoscenza dei farmaci e del paziente. In particolare le cause più comuni di errore nella fase di prescrizione sono rappresentate da:

- prescrizioni al di fuori delle indicazioni terapeutiche o in caso di controindicazioni;
- associazioni inappropriate per scarsa conoscenza delle interazioni;
- errata scelta della forma farmaceutica, dose, via di somministrazione, intervallo di somministrazione;
- raccolta incompleta delle informazioni essenziali relative al paziente
- prescrizione illeggibile (per cattiva grafia) o firma illeggibile;
- duplicazione della terapia;
- prescrizione incompleta o che genera confusione relativamente alla via di somministrazione, alla dose o alla forma farmaceutica (ad esempio, si può confondere il dosaggio per virgole mal posizionate o per zeri malposti: digossina 0,625 mg invece di 0,0625 mg);
- uso della prescrizione telefonica o verbale (in caso d'urgenza o non), che può indurre confusione o fraintendimento (ad esempio,

- farmaci con nomi o suoni simili come Laroxyl, Noroxin);
- uso di acronimi e abbreviazioni non standardizzate;
 - utilizzo di istruzioni per l'uso in latino (ad esempio, la dicitura os scambiata per occhio o orecchio sinistro);
 - utilizzo di un'unità posologica errata (ad esempio, milligrammi invece di microgrammi).

Le Aziende Sanitarie devono dotarsi di strumenti e/o modalità prescrittive (ricorrendo anche, se possibile, alle nuove tecnologie informatizzate) per far sì che tutte le prescrizioni siano chiaramente leggibili e non diano adito a confusione. Le prescrizioni verbali o telefoniche vanno evitate e, laddove presenti, devono essere limitate solamente a circostanze eccezionali e in ogni caso verificate immediatamente (ad esempio, facendo ripetere l'operatore) e subito riportate in cartella clinica. In particolare bisogna:

- evitare, se possibile, le frequenti interruzioni nell'atto della prescrizione;
- introdurre, se possibile, la prescrizione informatizzata, che contribuisce ad eliminare gli errori derivanti dalla compilazione a mano e dalla trascrizione. Il sistema di prescrizione informatizzata deve prevedere segnali di allarme nel caso in cui la dose prescritta sia al di fuori dell'intervallo terapeutico, in particolare per alcune classi di farmaci e/o pazienti;
- adottare la scheda unica di terapia (al fine di eliminare l'errore di trascrizione) dove vengano riportate dal

notizie in breve

Bando di concorso per l'assegnazione di un premio per incentivare lo studio e la ricerca nelle Scienze Infermieristiche ed Ostetriche - 1ª edizione 2008

A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA



La Sezione DIRPROF (già Sindacato Nazionale dei Dirigenti delle Professioni della Sanità) della Organizzazione Sindacale FEDIR SANITÀ (Federazione Dirigenti e Direttivi della Sanità),

istituisce un premio di € 1.000,00, finalizzato ad incentivare lo studio e la ricerca nel campo infermieristico e ostetrico, riservato a laureati in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Individuazione dei partecipanti

Possono partecipare al concorso: tutti i laureati in "Scienze Infermieristiche e Ostetriche" singolarmente o in équipe, fino ad un massimo di quattro autori; gli studenti iscritti al Corso di Laurea Magistrale in "Scienze Infermieristiche e Ostetriche" purché risultino coautori insieme con già laureati magistrali, in quanto lo studente non può essere considerato autore referente.

Modalità di partecipazione

I Progetti di ricerca devono essere, originali e inediti, dunque non presentati a Convegni come poster o comunicazione orale oppure essere già stati oggetto di tesi di CdL triennale o magistrale. I progetti devono essere elaborati fino ad un massimo di 20 pagine complessive, utilizzando il carattere Times New Roman corpo 12 su Word per Windows, secondo il seguente schema: abstract, sei parole chiave (usare i termini dell'Index Medicus), introduzione, contenuto e metodologia, risultati, conclusioni, bibliografia redatta secondo il Vancouver Style. Le tematiche della ricerca sono: clinica; risk management. I progetti dovranno pervenire entro e non oltre il 10-11-2008. Info: w.infermieritorvergata.com



Emergency cerca infermieri

Emergency, l'associazione umanitaria italiana per la cura e la riabilitazione delle vittime delle guerre e della povertà, cerca infermieri per realizzare i suoi progetti già operanti in Afghanistan, Sierra Leone, Sudan e Cambogia.

Gli interessati devono possedere i seguenti requisiti: Laurea in scienze infermieristiche o diploma d'infermiere professionale; esperienza professionale di almeno tre anni continuativi in area assistenziale di chirurgia, medicina, pronto soccorso, rianimazione, ortopedia, sala operatoria, pediatria e neonatologia, salute pubblica; capacità organizzative. La prevalenza dei progetti di Emergency, ha ottenuto dal Ministero degli Affari Esteri, il giudizio di conformità alla legge 49/87. Ciò consente per chi partecipa di ottenere il diritto ad un periodo di aspettativa da lavoro per tutta la durata della collaborazione. La retribuzione, le spese di vitto, alloggio, viaggio e assicurazione saranno a carico di emergency.

Gli interessati possono inviare un curriculum dettagliato a: curriculum@emergency.it o sul sito: www.emergency.it

medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e dall'infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato, apponendo la propria firma o sigla, tale da consentire la tracciabilità;

- prestare attenzione affinché le prescrizioni risultino complete con tutti i riferimenti del paziente e del farmaco. Riportare il nome del farmaco o il nome del principio attivo in base a quanto stabilito dalla procedura aziendale, (è preferibile riportare sempre il principio attivo), la forma farmaceutica, l'esatta concentrazione, la posologia e in alcuni casi l'età e il peso del paziente;
- i medici devono, al momento della prescrizione, aver richiesto tutte le informazioni cliniche del paziente, comprendenti un'attenta anamnesi farmacologia, nell'ottica di rilevare allergie, intolleranze, interazioni con altri farmaci, ecc.;
- rendere disponibile l'accesso alle informazioni (accesso on line a linee guida, prontuario terapeutico ospedaliero, procedure, protocolli, informatore farmaceutico, banche dati ed altri strumenti informativi);
- fornire ai reparti (da parte della Farmacia), una tabella che consenta di identificare la corrispondenza dei farmaci aventi lo stesso principio attivo ma nome commerciale diverso, nonché tabelle di conversione per la preparazione di formulazioni per via endovenosa o per sospensioni orali;

- mettere lo zero prima della virgola decimale (uno zero terminale non deve mai essere usato dopo la virgola). Infatti, si possono verificare errori per sovradosaggio dei farmaci quando non espresso lo zero iniziale o è aggiunto lo zero finale (ad esempio mg 1,0 può diventare 10 mg se colui che somministra la terapia non si avvede della virgola);
- utilizzare una lista di abbreviazioni e simboli standardizzati;
- evitare nelle prescrizioni la frase "al bisogno", ma, qualora sia riportata, deve essere specificata la posologia, la dose massima giornaliera e l'eventuale intervallo di tempo fra le somministrazioni;
- effettuare sempre il controllo della prescrizione. In caso di informazione mancante o dubbia l'infermiere deve chiedere chiarimenti al medico.

Preparazione

Dopo la prescrizione, la preparazione rappresenta la fase più critica nel processo di gestione del farmaco in ospedale, sia in reparto sia in Farmacia. L'errata preparazione di un farmaco dipende da varie cause fra cui:

- diluizioni e ricostituzioni non corrette;
- miscelazione di farmaci fisicamente o chimicamente incompatibili tra loro o con le soluzioni utilizzate per la diluizione;
- errata compilazione dell'etichetta;
- deterioramento dei farmaci (farmaco scaduto o non correttamente conservato).

Le principali azioni da intraprendere sono:

- prevedere adeguati ambienti di lavoro e la centralizzazione in Farmacia dell'allestimento dei farmaci chemioterapici, della nutrizione parenterale totale (TNP) e di altre terapie infusionali, che necessitano di maggior cura;
- trasmettere in tempi adeguati le richieste alla Farmacia;
- controllare le diverse prescrizioni per lo stesso paziente;
- evitare, durante la preparazione, le interruzioni e le distrazioni;
- preparare i farmaci nei tempi previsti da protocolli specifici (ad esempio, per i farmaci chemioterapici);
- verificare sempre la data di scadenza del farmaco in preparazione;
- prestare attenzione al calcolo della dose se posta sulla base del peso e di altri parametri. E' quindi necessario disporre di tabelle di conversione e schemi con dosaggi standardizzati;
- nella preparazione di miscela per endovena prestare particolare attenzione alle tecniche di asepsi, al rispetto di procedure che garantiscono accuratezza di dosaggio, alla soluzione utilizzata per ricostituire il prodotto e alla stabilità della soluzione allestita. Inoltre, quando possibile, effettuare l'allestimento del farmaco immediatamente prima della somministrazione, da parte dell'operatore che lo somministrerà;
- indicare sempre sui flaconi multidose la data di aper-

tura o ricostruzione del medicinale;

- nel caso di prodotti ricostituiti attenersi scrupolosamente alle note di conservazione riportate nel foglio illustrativo e, quando indicato, al periodo di validità dopo l'apertura;
- coprire il flacone o la sacca se il farmaco è fotosensibile;
- prevedere, se possibile, che due operatori controllino in maniera indipendente la preparazione di un "farmaco ad alto rischio o alto livello di attenzione" (ad esempio, per il cloruro di potassio);
- addestrare gli operatori sanitari a leggere le etichette più volte, nonché il foglietto illustrativo accluso alle confezioni di farmaci;
- la Farmacia deve prevedere ed apporre etichette supplementari per quei farmaci che necessitano di modalità di conservazione (ad esempio, una determinata temperatura) e di utilizzo particolari (ad esempio, diluire prima dell'infusione);
- controllare le etichette delle preparazioni e riportare su di esse tutte le avvertenze e le informazioni necessarie per la corretta somministrazione (ad esempio, tempi di somministrazione, protezione dalla luce).

Distribuzione

Gli errori di distribuzione del farmaco avvengono sia quando questo è distribuito dalla Farmacia ospedaliera ai reparti e agli ambulatori sia quando è distribuito direttamente ai pazienti da un operatore sanitario (farmacista, medico, infer-



COLLEGIO DI PERUGIA RISCOSSIONE QUOTE ANNO 2008

Nel mese
di febbraio 2008

è stato inviato il bollettino postale precompilato
**per il pagamento
della quota anno 2008
con la scadenza
del 15 marzo 2008.**

Nel caso in cui non abbia ricevuto il bollettino postale o sia stato accidentalmente smarrito, vengono di seguito riportate le coordinate di conto corrente postale su cui effettuare il versamento: c/c postale n. 14501068 intestato a:
Collegio IP.AS.VI. di Perugia
Via Manzoni, 82 - 06135
Ponte San Giovanni (Pg)
Causale: quota associativa anno 2008
importo: € 55,00.

**A coloro che non avessero
provveduto nei tempi
di scadenza al pagamento
della quota annuale**

saranno spedite le raccomandate di sollecito al pagamento con spese postali a carico dell'iscritto moroso.

**Ove neppure queste
avessero risposta,
nel mese di dicembre 2008
si provvederà
alla cancellazione
per morosità.**

Si ricorda a tutti gli iscritti che è necessario conservare con cura la ricevuta di pagamento, la quale costituisce attestazione dell'avvenuto versamento ●

miere). Le principali azioni da intraprendere sono:

- se la richiesta è "personalizzata", prestare particolare attenzione a: nome del paziente, reparto richiedente, scadenza del farmaco;
- verificare sempre la correttezza della preparazione galenica;
- verificare sempre la corrispondenza tra quanto richiesto (nome del farmaco o del principio attivo, forma farmaceutica, dosaggio) e il farmaco da somministrare;
- prevedere, da parte della Farmacia, immediata notifica ai reparti dei farmaci revocati e scaduti;
- rendere nota la possibilità che il farmacista può sostituire il farmaco richiesto con un altro contenente lo stesso principio attivo incluso nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero, (PTO);
- prevedere progressivamente, ove possibile, sistemi di distribuzione automatizzata, ed eventualmente la distribuzione in dose unitaria;
- provvedere ad una modalità condivisa relativa alla gestione di alcuni farmaci oltre l'orario di apertura della Farmacia;
- porre, al momento della dimissione del paziente, particolare attenzione alla distribuzione della terapia domiciliare, accludendo informazioni sia sui farmaci sia sulle modalità di somministrazione.

Somministrazione

L'errore di somministrazione si può considerare come una

deviazione tra la terapia farmacologia che il medico ha prescritto in base alle buone norme di pratica clinica e il farmaco ricevuto dal paziente. È, purtroppo, uno dei principali errori in cui incorre l'infermiere.

Per prevenire gli errori di somministrazione le principali azioni da intraprendere sono:

- accertarsi della corretta identificazione del paziente anche in presenza di procedure ad hoc;
- informare il paziente, se possibile, circa la terapia che gli è stata prescritta, inclusi gli effetti collaterali, incoraggiandolo a fare domande relativamente alla terapia somministrata: la corretta informazione al paziente aumenta la sua compliance;
- verificare la corrispondenza fra quanto indicato nella scheda di terapia e quanto effettivamente presente sul carrello delle terapie;
- leggere attentamente al momento della somministrazione: il dosaggio, la concentrazione, la via di somministrazione, la scadenza (sempre in riferimento all'art. 443 del C.P., che se da un punto di vista giurisprudenziale non è univoco rispetto al concetto di detenzione, lo è certamente in merito alla somministrazione), l'etichetta del farmaco, la velocità di infusione;
- rendere disponibili, a coloro che somministrano il farmaco, informazioni sul paziente e sul farmaco e su eventuali cambiamenti della terapia;
- prevedere, almeno per alcuni farmaci, la produzione

automatizzata delle dosi e la somministrazione controllata tramite tecnologia informatizzata;

- rendere disponibili tabelle di dosaggio, in modo da facilitare gli aggiustamenti di dose;
- somministrare la terapia senza interruzioni ed in un contesto che permetta di operare senza distrazioni;
- non lasciare farmaci sul comodino durante l'assenza momentanea del paziente;
- prestare particolare attenzione in caso di somministrazione di farmaci attraverso catetere venoso centrale e sondino naso-gastrico;
- accertarsi sempre dell'avvenuta somministrazione;
- apporre la firma o la sigla dell'avvenuta somministrazione;
- i farmaci iniettabili allestiti centralmente nella Farmacia devono essere accompagnati da indicazioni sul tempo e sulla via di somministrazione, in base alla concentrazione del farmaco o alla sua osmolarità, nonché da avvertenze particolari sulla conservazione o sui dispositivi eventualmente necessari per la somministrazione;
- Torna utile ricordare la *regola delle 6 G*, che il professionista infermiere deve avere sempre ben in mente: **Giusto farmaco, Giusto paziente; Giusto orario, Giusta via di somministrazione, Giusta dose, Giusta registrazione.**

Riguardo l'ultimo punto, si raccomanda che qualunque

farmaco venga somministrato deve essere sempre adeguatamente ed immediatamente registrato sulla scheda terapeutica del paziente, con la sigla dell'infermiere che esegue la somministrazione (la sigla deve essere depositata). Se la somministrazione non dovesse avvenire, ne deve essere indicato il motivo (non disponibile, rifiuta, ecc.). Per qualunque dubbio in merito alla prescrizione terapeutica (principio attivo, orario, dose, via di somministrazione, ecc.), l'infermiere deve chiedere sempre chiarimenti al medico di reparto o al medico di guardia (*"L'infermiere [...] garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche [...]"*, 3° comma dell'art. 1 del Decreto 14 settembre 1994, n. 739). La corretta registrazione degli atti effettuati aiuta l'infermiere ad erogare un'assistenza in linea con i più alti livelli qualitativi richiesti, nonché costituisce la fonte prova più credibile nel caso di eventuali problematiche di carattere medico-legale.

I farmaci stupefacenti

Il settore degli stupefacenti è regolato dal D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 *"Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativisti di tossicodipendenza"*. Il 6 marzo 2001 è entrata in vigore la Legge 8 febbraio 2001, n. 12, che detta *"Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"* ed il 28 febbraio 2006 è entrata in vigore la Legge 21

febbraio 2006, n. 49. Entrambe hanno apportato importanti modifiche al D.P.R. citato.

Al fine di prevenire errori in merito alla gestione di tali farmaci (le cui responsabilità connesso sono di carattere penale) è utile ricordare alcuni punti:

- l'approvvigionamento avviene attraverso apposito bollettario (D.M. 15 febbraio 1996);
- la detenzione deve avvenire all'interno di armadi antiscasso o vani blindati (D.P.R. 14 febbraio 1997);
- la movimentazione delle sostanze stupefacenti all'interno delle strutture deve avvenire con le verbalizzazioni sul registro di carico e scarico (secondo il modello previsto dalla Legge 12/2001), che non è soggetto a chiusura annuale;
- il coordinatore infermieristico è responsabile della buona conservazione del registro (che può essere distrutto dopo 2 anni dall'ultima registrazione riportata);
- il primario della struttura è responsabile dell'effettiva corrispondenza tra la registrazione contabile e l'effettiva giacenza dei farmaci stupefacenti;
- le registrazioni sul registro (in ordine progressivo) devono essere riportate cronologicamente entro 24 ore dalla movimentazione del farmaco, e firmate da chi esegue la movimentazione (quindi anche dall'infermiere).
- se viene effettuata una somministrazione parziale del farmaco e il residuo non può essere utilizzato, si provvederà a scaricare l'unità del-

la forma farmaceutica (ad esempio, una fiala) e nelle note andrà specificato la quantità di farmaco effettivamente somministrata (che deve corrispondere a quanto riportato sulla scheda della terapia del paziente);

- un farmaco stupefacente scaduto deve essere tempestivamente restituito in Farmacia, accompagnato da apposito bollettario.

La terapia nel bambino e nell'anziano

Per concludere, è utile riportare alcune considerazioni in merito alla terapia in ambito pediatrico e geriatrico.

Predisporre una terapia in pediatria presenta notevoli difficoltà: molto spesso le dosi sono correlate al peso, quindi la prescrizione prevede molti più calcoli rispetto all'adulto (si pensi all'ambito neonatale, dove si devono curare bambini di peso anche inferiore al chilogrammo). Pochissimi farmaci sono disponibili in dosaggio pediatrico, inoltre la stessa somministrazione è soggetta ad una maggiore possibilità d'errore, dal momento che le soluzioni devono essere spesso diluite. Il bambino poi non può aiutare i sanitari ad individuare errori di terapia e non riesce ad esprimere sintomi specifici, pertanto non riesce nemmeno a comunicare eventuali effetti avversi. Infine, alcuni farmaci non hanno alcuna indicazione in età pediatrica oppure sono nocivi, ma manca una capillare informazione al riguardo, e spesso purtroppo sono proprio i geni-

tori stessi ad attuare "cure fai da te" per i propri bambini.

In ambito geriatrico, invece, i principali problemi relativi al impiego di farmaci sono rappresentati dal fatto che l'anziano presenta sovente patologie multiple, e quindi assume una quantità maggiore di farmaci, con un aumento del rischio di effetti indesiderati e interazioni farmacologiche. Anche il suo livello di coscienza può essere alterato da patologie senili, pertanto può più facilmente confondersi ed essere incapace di gestirsi la terapia. Il paziente geriatrico inoltre presenta variazioni farmacocinetiche anche importanti, dovute all'età e/o a patologie concomitanti (come insufficienza renale, insufficienza epatica, malattie cardiovascolari, ecc.), e questo rende ancora più difficile la prescrizione e la somministrazione dei farmaci in sicurezza. 

Bibliografia

- MINISTERO DELLA SALUTE, *Raccomandazione "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia"*, Roma, settembre 2007.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*, Roma, marzo 2004.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico*, Glossario, Roma, luglio 2006.
- BENCI L., *La prescrizione e la somministrazione dei farmaci – responsabilità giuridica e deontologica*, Milano, McGraw-Hill, 2007.
- DEL POETA G., MAZZUFERO F., CANEPA M., *Il risk management nella logica del governo clinico*, Milano, McGraw-Hill, 2006.

ERRATA CORRIGE

Nel precedente numero (1/2008), a pagina 25, nell'articolo "Sicurezza per gli operatori & Corso SICURE" è stata omessa una figura (di cui si fa riferimento nel testo) che riportiamo integralmente in terza di copertina.

DI NICOLA RAMACCIATI

DOTTORE INF.COORDINATORE - OSPEDALE "SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA" PERUGIA

IL NEONATO CHIRURGICO

COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE E APPROCCIO BIFOCALE

ABSTRACT

Il neonato chirurgico, particolare e frequente tipologia di neonato ricoverato in T.I.N. è tra le più difficili e coinvolgenti "persone" assistite dagli infermieri. La sua complessità rende indispensabile un approccio multi-disciplinare, multi-professionale e multi-dimensionale. Questo perché la "persona" assistita, costituita dalla diade "neonato-genitori", richiede una visione olistica "allargata" alla famiglia ed ai suoi bisogni espressi ed inespressi. La risposta umana ai problemi di salute emergenti di questa "persona" devono essere gestiti con interventi medico-collaborativi, ma soprattutto con l'infermieristica. L'uso di una terminologia standardizzata come le diagnosi NANDA, "agganciata" attraverso opportuni "link" a specifici Obiettivi (NOC) ed Interventi (NIC) infermieristici può rappresentare un avanzamento nella pratica infermieristica quotidiana di T.I.N.

KEY WORDS

Neonato chirurgico, T.I.N., Livello di dipendenza, Modello Bifocale, NANDA, NOC, NIC.

Multi-disciplinarità, multi-professionalità e...

L'assistenza in T.I.N. (Terapia Intensiva Neonatale) rappresenta uno tra i più stimolanti e fecondi ambiti di azione infermieristica. È l'"oggetto" stesso dell'assistenza, la "persona" che gli infermieri assistono, a richiede il massimo impegno di tutti gli attori sanitari coinvolti. Il neonato critico, per la sua fragilità intrinseca spesso associata alla compresenza di gravi deficit multi-organo (soprattutto se grave prematuro, ossia di peso inferiore al 1500 gr. e alle 32 settimane, ancor più se prematuro estremo (peso inferiore ai 1000gr ed età gestazionale (E.G.) < 28 sett.) o estremissima (peso inferiore ai 750gr ed E.G. < 25sett.) è un "malato" altamente complesso e "tale complessità, associata alle numerose opzioni terapeutiche, richiede necessariamente un

approccio multidisciplinare"^[1]. Non solo per "massimizzare le possibilità di successo bisogna che il neonatologo, il chirurgo pediatrico, l'infermiere, il fisioterapista, il dietologo (citando solo alcuni) devono usare la loro *collettive expertise*"^[2]. In un recente convegno su "Il neonato chirurgico prima, durante e dopo l'intervento" esordivo così: "il neonato chirurgico esige un approccio: multi-disciplinare, multi-professionale e multi-dimensionale"^[3]. Quanto alla multi-disciplinarità e alla multi-professionalità è stato appena detto, ma cosa intendendo per multi-dimensionalità?

Un passo indietro: in principio era... la T.I.N.

Una T.I.N. è prima di tutto una struttura di Terapia Intensiva dove il momento tecnico è estremamente "spinto", basti

pensare all'uso intensivo di tecnologie biomedicali di supporto vitale come: i ventilatori meccanici (sia convenzionali, che a ventilazione oscillatoria ad alta frequenza), gli erogatori di Ossido Nitrico, le incubatrici (che consentono di regolare e monitorare parametri microclimatici quali la temperatura, l'umidità e la concentrazione di ossigeno dell'aria ambiente), le pompe infusionali volumetriche e peristaltiche a microdosaggio (e la relativa competenza nella preparazione e somministrazione dei farmaci e gestione delle numerose linee infusionali), i monitor multiparametrici (oltre ai comuni parametri vitali: FC, FR, TC, PA, (Invasiva o non invasiva), vengono misurate l'O₂ e la CO₂ transcutanea, la frazione inspiratoria di NO (ossido nitrico), l'end tidal CO₂ (ETCO₂), le lampade per fototerapia, gli aspiratori endocavitari a basso

flusso, e via dicendo. Una T.I.N è una struttura neonatale, in quanto i "ricoverati" sono neonati. Non neonati sani, come fortunatamente avviene nella stragrande maggioranza delle nuove nascite, bensì neonati affetti da: prematurità, sindrome da distress respiratorio, patologie e/o malformazioni congenite maggiori. Quest'ultimi, che necessiteranno di un intervento chirurgico maggiore, secondo dati tratti dalla letteratura internazionale, rappresentano il 3% dei nati vivi ed il 22% delle cause di morte neonatale^[4]. I neonati chirurgici rappresentano da soli poco meno di 1/3 del totale dei neonati ricoverati nelle TIN (27%), e cumulano circa il 32% delle giornate totali di ricovero ed il 40% dei costi sostenuti da una TIN^[5].

Complessità assistenziale

Per le sue condizioni cliniche il neonato chirurgico necessita da un lato, di assistenza e terapie di stabilizzazione e procedure infermieristiche complesse nelle 48 ore che precedono e seguono l'intervento, nonché di supporto ventilatorio, dall'altro, di interventi (che si possono protrarre per molti giorni o settimane) quali: la Nutrizione Parenterale Totale, la gestione di eventuali (e frequenti) stomie (tracheale, esofagea, gastrica, dell'ileo, colon, rene,...) e/o drenaggi (toracico, peritoneale,...), l'apporto di liquidi esclusivamente per via EV. Per le prime due citate condizioni cliniche il neonato viene considerato "a massimo impegno assistenziale" (il cosiddetto Livello 1, o livello A, delle due principali scale di misurazione del livello di Dipendenza dei neo-

MOBILITÀ

Novelli Fabiola

Cell. 333-2898395
fc:novelli@tiscali.it
Montecastrilli (Tr)

da ASL 2 Perugia

a ASL 4 Terni

Ottaviani Aldarita

Cell. 339.8963313
nicaldadelfino@libero.it
Via Baldeschi - Sigillo (Pg)

da ASL 3 Foligno

a ASL n. 1

Ceccaglini Riccardo

Cell. 340.4762809
checco1973@alice.it
Via Marconi, 11

S. Giustino (Pg)

da ASL n. 2

a Azienda Perugia ASL 1
USL n. 8 Arezzo

Cortini Francesco

Cell. 339.4142536

Via Lazzeri, 8

Bagno a Ripoli (Fi)

da Azienda n. 10 Firenze
c/o Nuovo ospedale

a Azienda Perugia

Vasile Leontin Haidu

Cell. 393.6199241
leonardogubbio@yahoo.it
Largo S. Prove - Gubbio (Pg)

da ASL n. 3

a ASL n. 1 - Umbria
ASL n. 6 - Fabriano (An)

Sensidoni Federica

federicasensidoni@libero.it
Via M. Orve, 37 - Foligno (Pg)

da Azienda Perugia

a ASL n. 3

Picone Daniela

Cell. 331.8102269
daniela.picone@libero.it
Via Campo di Marte - Perugia

da Azienda Catanzaro 118

a Azienda Perugia

Giommetti Francesco

Cell. 333.5274350
monnezza76@aliceposta.it
Via P. Nenni, 9 - Corciano (Pg)

da Azienda Perugia

a ASL n. 2 Perugia

nati in TIN)^[6,7] ovvero per le altre condizioni cliniche "ad elevato impegno assistenziale" (Livello 2 o livello B). La misurazione, attraverso le Dependency Level Scales, associata alla previsione di un adeguato "staff ratio" (rapporto tra neonati assistiti e infermieri) consente di prevedere il "peso" assistenziale e di conseguenza di programmare, organizzare e gestire (sic!) la risorsa umana necessaria per un'assistenza quantitativamente adeguata e qualitativamente elevata. Se si considera che la più avveduta e recente produzione scientifica in materia, agli attuali rapporti Infermiere/Neonati 1:2 per i neonati I.C. (Intensive Care = a massimo impegno assistenziale) e 1:3 per i neonati H.D.C. (High Dependency Care = ad alto impegno assistenziale) propone rapporti di staff ratio più stretti, rispettivamente 1:1 (per I.C.) e 1:2 (per H.D.C.), è comprensibile il grado di impegno assistenziale (spesso super-impegno!) richiesto al team infermieristico per assistere tali neonati.

...e multi-dimensionalità

La TIN, quindi, è una Terapia Intensiva, è una terapia intensiva Neonatale, più brevemente una Rianimazione, ma inevitabilmente una rianimazione "aperta". Infatti, come ben sanno gli studenti di infermieristica, ostetricia o medicina, che hanno l'avventura (e la fortuna) di frequentare un reparto di questo tipo, la "persona" assistita (che per scelta professionale e personale non chiamo mai "paziente", né tanto meno "utente" o peggio "cliente") è costituita dalla diade "Neonato-Genitori" o, che è lo stesso, dalla triade "Neonato-Madre-

Padre". Ecco allora che ai numerosi momenti e "gesti" tecnici intensivi ed avanzati, si devono necessariamente affiancare abilità di counselling ed elevate competenze relazionali ed educative. Se l'azione assistenziale sul neonato è tesa a rianimare, stabilizzare e supportare le funzioni vitali del neonato, l'azione sui genitori (e la madre in particolare) è centrata sul sostegno psicologico, sulla relazione e l'interazione emozionale: non è difficile immaginare quanto sia "devastante" e "drammatico" il vissuto di un genitore (e degli altri familiari) di un neonato ricoverato in una rianimazione e quali "ferite" può lasciare una tale esperienza. Non solo. La presenza (quasi) costante dei genitori accanto al loro figlio è una condizione indispensabile per facilitare lo sviluppo successivo del neonato, migliorarne l'outcome e in definitiva, favorire al massimo la qualità di vita del bambino che diventerà e della sua famiglia.

L'approccio bifocale

In un contesto così complesso e difficile, il "modello Bifocale"^[6] di Linda J. Carpenito ben si adatta alla pratica clinica e descrive efficacemente i due centri di attenzione dell'infermiere: quello che vede l'infermiere, da una parte, in veste di operatore "prescrittore" autonomo e, dall'altra, in veste di collaboratore di altri professionisti. Nel proprio ambito di autonomia, l'infermieristica "consiste nella diagnosi e trattamento della risposta umana ai problemi di salute, attuali o potenziali"^[9], mentre nella funzione di collaboratore, l'infermiere controlla la

comparsa o le modificazioni di determinate condizioni cliniche ed interviene secondo precise prescrizioni prevalentemente mediche^[6]. A puro titolo di esempio di seguito sono riportati i principali "problemi collaborativi", espressi come Complicanze Potenziali (C.P.), che l'infermiere di TIN si trova frequentemente a trattare dietro stretta prescrizione medica^[10]:

- *CP della prematurità*: acidosi, apnea, bradicardia, stress da raffreddamento, iperbilirubinemia, ipocalcemia, ipoglicemia, polmonite, rds, convulsioni, sepsi,...
- *CP delle infezioni in utero*: anemia, patologie cardiache congenite, sordità, epatosplenomegalia, idrocefalo, iperbilirubinemia, setticemia, CID, convulsioni,...
- *CP del neonato piccolo per l'età gestazionale*: sindrome da aspirazione, ipocalcemia, ipoglicemia, ipotermia, asfissia perinatale, pollicitemia,...
- *CP di adattamento alla vita extrauterina*: sanguinamento, stress da freddo, malattie emorragiche del neonato, iperbilirubinemia, ipoglicemia, polmonite da aspirazione da meconio

E in caso di assistenza ad un neonato affetto da problematiche chirurgiche:

- *CP della chirurgia*: deiscenza, eviscerazione, formazione di fistola, emorragia, ileo paralitico, peritonite, embolia polmonare, insufficienza renale, ritenzione urinaria, tromboflebite;
- *CP dell'anestesia generale*: polmonite da stasi, ipotermia;

- *CP della chirurgia del collo*: ostruzione delle vi aeree, aspirazione, formazione di fistola, emorragia, infezione, stenosi tracheale;
- *CP della chirurgia dell'occhio*: sanguinamento, infezione, distacco di retina;
- *CP della urostomia / nefrotomia*: necrosi dello stomaco, stenosi, ostruzione;
- *CP dell'innesto di cute*: edema, necrosi dei lembi, ematoma, infezione;

Da notare come i problemi collaborativi sono tutti centrati su una possibile complicanza legata alla "patologia", mentre le diagnosi infermieristiche, oltre a problemi di salute legati ad alcune funzioni vitali, possono ben descrivere le condizioni di tipo psicologico e sociale concentrandosi, quindi, sulla "persona". Ecco allora che problemi frequentemente osservati in TIN come: *Rischio di compromissione del ruolo genitoriale, Ansia, Paura, Lutto anticipato, Lutto disfunzionale, Rischio di compromesso attaccamento genitore/neonato, Tensione nel ruolo di caregiver, Inefficace gestione del regime terapeutico, Coping compromesso della famiglia*, possono essere riconosciute ed identificate, attraverso un giusto inquadramento diagnostico infermieristico.

Può così strutturarsi efficacemente e coerentemente una pianificazione infermieristica (piano di nursing) che partendo da una attenta fase di accertamento (raccolta dati) e diagnosi infermieristica (identificazione delle risposte umane ai problemi di salute, o in altri termini dei "bisogni"), passando attraverso la previsione di obiet-


tivi-risultati, perseguiti con una pianificazione di interventi mirati, giunge alla verifica del raggiungimento degli obiettivi/risultati di salute finali.

Questa pianificazione può essere utilmente (e ambiziosamente) costruita facendo ricorso coerentemente ad un linguaggio standardizzato a livello internazionale. Sia nella fase diagnostica con le diagnosi infermieristiche della NANDA International (Tassonomia II)^[11], sia in quella della previsione degli obiettivi/risultato, che della pianificazione/attuazione degli interventi con l'uso della Classificazione degli obiettivi infermieristici (Nursing Outcomes Classification - NOC)^[12] e degli Interventi infermieristici (Nursing Interventions Classification - NIC)^[13] dell'Iowa Nursing Project. Il tutto anche attraverso l'implementazione e l'adattamento dei "linkages" tra diagnosi-obiettivi-interventi così come studi recenti stanno proponendo^[14].

Per quanto riguarda l'uso delle diagnosi infermieristiche secondo la classificazione NANDA a tutt'oggi "sono poche le pubblicazioni che hanno descritto l'esperienza degli infermieri neonatologi nell'applicazione o nello studio delle diagnosi"^[15]: Jensen (1990) ha studiato, in una popolazione di 37 neonati ricoverati in TIN, l'applicabilità di 66 diagnosi infermieristiche (D.I.)^[16]. Vieira e Rossi (2000) analizzando 35 puerpere hanno identificato 9 diagnosi presenti in oltre il 50% delle donne studiate^[17]. Analoghi studi sono stati condotti da Carrion P.G. et al.^[18], Vale I.N.^[19], Nogueira do Vale I. et al.^[15]. Recentemente nella TIN dell'Azienda

da Ospedaliera di Perugia, è stata sperimentata una scheda di accertamento infermieristico basata sui problemi di salute attuali o emergenti, suddivisi secondo gli 11 modelli funzionali di salute di Gordon e correlabili a 37 diagnosi infermieristiche prioritarie (NANDA) selezionate per descrivere i principali problemi gestiti dagli infermieri. Lo studio è stato notevolmente facilitato dal concomitante progetto aziendale di "Miglioramento della documentazione clinica" in cui è stato strategicamente inserito. Il passo successivo, quello della pianificazione per obiettivi (NOC) ed interventi (NIC) standardizzati è in fase di attuale sperimentazione e sono sicuro che gli infermieri della TIN sapranno vincere anche questa nuova sfida.

Ringraziamenti

Ringrazio tutti i sanitari con cui ho condiviso un'esperienza inimmaginabile dal punto di vista umano e professionale, soprattutto ed in particolar modo gli infermieri, le infermiere e le O.S.S., della Terapia Intensiva Neonatale di Perugia che, per cinque anni, ho avuto il piacere di conoscere e l'onore di coordinare. 

Bibliografia

- [1] SILVERMAN G.A., SHAMBERGER R.C., FOREWORD, in HANSEN A.R., PUDER M., *Neonatal Surgical Intensive Care*, BC Decker, 2003.
- [2] HANSEN A.R., PUDER M., *Neonatal Surgical Intensive Care*, BC Decker, 2003.
- [3] RAMACCIATI N., *L'infermiere nell'assistenza al neonato chirurgico*, relazione presentata al convegno, Perugia 30 settembre 2006.

- [4] MMWR Trends in infant mortality attributable to birth defects: United States 1980-1995, *Morb Mortal Wkly Rep.*, 1998, in MERENSTEIN G.B., GARDNER S.L., *Neonatal Intensive Care*, Mosby, 2006.
- [5] LINDOWER J. ET AL., *Outcomes and resource utilization for newborns with major congenital malformations*, J. Perinatol, 1999 in Merenstein G.B., Gardner S.L., *Neonatal Intensive Care*, Mosby, 2006.
- [6] Northern Neonatal Network, *Measuring neonatal nursing workload*, *Arch. Dis. Child.*, (67): 868-9, 1993.
- [7] British Association of Perinatal Medicine, *Standards for hospitals providing neonatal intensive and high dependency care. Categories of babies requiring neonatal care*, 2001.
- [8] CARPENITO-MOYET L.J., *Diagnosi infermieristiche Applicazione alla pratica clinica*, 2° ed., Casa Editrice Ambrosiana, 2004.
- [9] American Nurse's Association-A.N.A., *A Nursing Social Policy Statement*, A.N.A., 1985.
- [10] WILKINSON J.M., *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC*, Casa Editrice Ambrosiana, 2005.
- [11] N.A.N.D.A.-North American Nursing Diagnosis Association, *Tassonomy II*, N.A.N.D.A., 2004.
- [12] MOOREHAD S., MAAS M., JOHNSON M., (Eds). *Nursing outcomes classification (NOC) (3° ed.)* Mosby, 2003.
- [13] DOCHTERMAN J. & BULECHECK H. (Eds). *Nursing interventions classification (NIC) (4° ed.)* Mosby, 2004.
- [14] JOHNSON M., BULECHECK H., DOCHTERMAN J., MAAS M., MOORHEAD S., ET AL. *NANDA, NOC, and, NIC linkages: Nursing Diagnoses, outcomes, & interventions (2° ed.)* Mosby, 2006.
- [15] NOGUEIRA DO VALE I., ET AL., Nursing diagnoses identified during parent group meetings in a neonatal intensive care unit, *I.J. Nursing Termin and Classif* 3-4 (16): 65-73, 2005.
- [16] JENSEN D.J.H., *The applicability of nursing diagnoses in the neonatal intensive care unit*, *Neonatal Network*, 9 (2): 25-29, 1990.
- [17] VIEIRA C.S., ROSSI L.A., NANDA nursing diagnoses in mothers with a hospitalized preterm child in an NICU, *Rev. Lat. Amer. Enferm.*, (8): 110-116, 2000.
- [18] CARRION P.G. ET AL., NANDA Nursing diagnoses identification and validation in a neonatal unit, *Pediatric Nursing*, (23): 351-358, 1997.
- [19] VALE I.N. *Risk for ineffective breastfeeding: a definition for nursing diagnosis*, Tesi, Università di San Paolo, 1999.



EVENTI ORGANIZZATI DAI COLLEGI REGIONALI CREDITI FORMATIVI

La commissione ECM della Regione Umbria ha deliberato i crediti formativi degli eventi organizzati dai Collegi IP.AS.VI. di Perugia e Terni. Di seguito sono riportate le descrizioni degli incontri, i crediti attribuiti e le modalità di consegna degli attestati

Perugia

LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI AVVERSI NELL'INFERMIERISTICA CLINICA

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso il "Centro Congressi Quattrotorri" di Perugia, **3-02-2006: 7 CREDITI FORMATIVI E.C.M.**

per l'anno 2006 (Determinazione Dirigenziale n. 1011 del 7-02-2007). Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

Perugia

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN UMBRIA: FORMAZIONE - MODELLI ORGANIZZATIVI - STRUMENTI OPERATIVI

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso l'"Hotel Decò" di Ponte San Giovanni (Pg), **24-11-2006: 8 CREDITI FORMATIVI E.C.M.**

per l'anno 2006 (Determinazione Dirigenziale n. 1011 del 07/02/2007).

Terni

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso la Sala Conferenze Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni, **23-11-2006: 8 CREDITI FORMATIVI E.C.M.**

per l'anno 2006 (Determinazione Dirigenziale n. 1011 del 07/02/2007). Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie dei rispettivi Collegi.

Terni

ESERCIZIO LIBERO-PROFESSIONALE E PREVIDENZA: COMPATIBILITÀ ED OPPORTUNITÀ

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso la Sala Conferenze Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni, **9-05-2007: 5 CREDITI FORMATIVI E.C.M.**

per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 726 del 12/02/2008). Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un do-

cumento presso la segreteria del Collegio di Terni: Lunedì 9-11, martedì e giovedì 16-19.

Umbria

CURE PRIMARIE: L'INFERMIERE E IL CITTADINO OLTRE L'OSPEDALE

Organizzato dal Coordinamento Collegi IP.AS.VI. dell'Umbria, tenutosi presso l'"Albornoz Palace Hotel di Spoleto **19-10-2007: 8 CREDITI FORMATIVI E.C.M.**

per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/02/2008). Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie dei rispettivi Collegi.

INGLESE SCIENTIFICO DI BASE 1° EDIZIONE

Perugia

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio nei gg.

10-12-17-24-31 di ottobre

e nei gg. **7-14-21-28 novembre**

e il giorno **5 dicembre 2007:**

10 CREDITI FORMATIVI E.C.M.

per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n° 1118 del 25/02/2008). Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

L'EBN E LA PRATICA CLINICA 1° EDIZIONE

Perugia

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio nei gg.

15-22-29 NOVEMBRE 2007:

15 CREDITI FORMATIVI E.C.M.

per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n° 1118 del 25/02/ 2008). Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.



FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO GLI APPUNTAMENTI

■ MODENA
10-19 SETTEMBRE 2008
**CORSO DI FORMAZIONE
il tutor delle attività formative
e professionalizzanti:
ruolo e competenze**
CREDITI E.C.M. 42
Università degli Studi
di Modena e Reggio Emilia
Servizio formazione
e aggiornamento
Tel. 059/4225600
Fax 059/4224360
formazione.infocorsi@policlini-co.mo.it

■ ROMA
16 SETTEMBRE 2008
**Workshop
sulle complicanze stomali**
Segreteria organizzativa:
Selene S.r.l.
Tel. 011/7499601
Fax 011/7499576
siccr@seleneweb.com
www.seleneweb.com

■ ROMA
18 SETTEMBRE 2008
**L'assistenza infermieristica
in sala operatoria: corso base**
IN FASE DI ACCREDITAMENTO
Segreteria organizzativa:
Istituto di Alta Formazione
Tel. 06/4402700
Fax 06/4404370
iaf@iaform.it

■ VITERBO
19 SETTEMBRE 2008
**Metodologie e strumenti
per la realizzazione
di una documentazione
integrata 2**
IN FASE DI ACCREDITAMENTO
Segreteria organizzativa:
Polo Didattico P.L. Monti

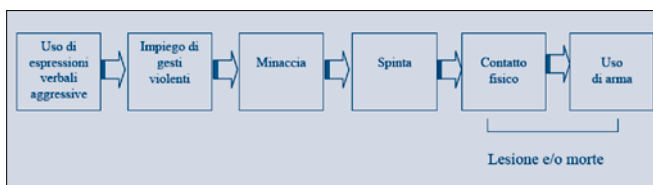
Tel. 06/39366062 f
Fax 06/39366066
sunf@idl.it

■ MONTEFIASCONE (VT)
25 SETTEMBRE 2008
**Il professionista sanitario
tra responsabilità
e colpa professionale**
IN FASE DI ACCREDITAMENTO
Segreteria organizzativa:
Aeffe Aggiornamenti
cell. 320/8331205 fax
0761/820678
aeffe@infermieredellatuscia.it
www.infermieredellatuscia.it

■ FIRENZE
9-11 OTTOBRE 2008
**Influire sull'assistenza
infermieristica
di area critica in Europa**
IN FASE DI ACCREDITAMENTO
Aniarti
Tel. 055/434677
Fax 055/435700
Segreteria organizzativa:
Alivest Travel
Tel. 055/4221201
congressi@alivest.com
www.alivest.com

■ VITERBO
23 OTTOBRE 2008
Aritmologia: corso base
CREDITI E.C.M. 10
Segreteria organizzativa:
Aeffe Aggiornamenti
Cell. 320/8331205
Fax 0761/820678
aeffe@infermieredellatuscia.it
www.infermieredellatuscia.it

■ PERUGIA
10-13 NOVEMBRE 2008
**Il conseling nutrizionale:
tecniche
di comunicazione
per promuovere
il cambiamento
dei comportamenti
alimentari**
IN FASE
DI ACCREDITAMENTO
Università degli Studi
di Perugia
Tel. 075/5857354
Fax 075/5857361
redriv@unpg.it
aantognell@med.unipg.it



ERRATA CORRIGE

Nel precedente numero (1/2008), a pagina 25, nell'articolo "Sicurezza per gli operatori & Corso SICURE" è stata omessa la seguente figura (di cui si fa riferimento nel testo) ●



IL 50° DEL COLLEGIO
IP.AS.VI. DI PERUGIA

Gazebo Aniarti

