

professione infermiere umbria

anno X n.4/09

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



Collegi IPASVI
Perugia-Terni



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

anno X n. 4/09

Editore:

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

Direttore Responsabile:

Renata Buono

Responsabile di Redazione:

Nora Marinelli

Segreteria di Redazione:

Serenella Bertini
Angela Castellani

Comitato di Redazione:

Palmiro Riganelli
Ambra Proietti
Giusti Gian Domenico
Laura Caprasecca

Grafica:

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

Stampa:

Dimensione Grafica
Spello (Pg)

Questo numero

è stato chiuso in tipografia:
il 6/12/2009

Autorizzazione:

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

sommario

1 editoriale

DI PALMIRO RIGANELLI

2 ilcollegioinforma NOTIZIE FLASH

A CURA DI M. DORMENTONI, L. CAPRASECCA

8 APPROFONDIMENTO

LA CONTENZIONE
DI MANUELA DORMENTONI

13 lerubriche BLOCKNOTES DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI

A CURA DI GIAN DOMENICO GIUSTI

15 PREVENIRE GLI ERRORI IMPARARE DAGLI ERRORI MANUALE DI SICUREZZA IN SALA OPERATORIA RACCOMANDAZIONI E CHECKLIST

A CURA DI MARCO ZUCCONI

21 spazioaperto ESPERIENZA DI PRIMO SOCCORSO NELLE SCUOLE

L'INFERMIERE COME EDUCATORE
DI N. RAMACCIATI, S. GUIDOBALDI,
R. GAMBELUNGHE, S. STINCHI

25 L'ABUSO SESSUALE NEI MINORI E L'INFERMIERE ESPERTO IN TRIAGE GESTIONE D'UNA URGENZA-PROPOSTA DI PROTOCOLLO

DI M.P. SANTORO, R. LO PICCOLO

I insertostaccabile MANOVRE DI VERIFICA DEL POSIZIONAMENTO DEL SONDINO NASOGASTRICO:

REVISIONE DELLA BIBLIOGRAFIA
DI SANDRA SANSOLINO

31 lasegreteriainforma DELIBERATI I CREDITI FORMATIVI

GLI E.C.M. 2007-2009
A CURA DEL COLLEGIO DI PERUGIA

GLI APPUNTAMENTI
FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

A CURA DEL COLLEGIO DI TERNI

SE L'OPERATORE SOCIO SANITARIO DIVENTA

ALTERNATIVA DELL'INFERMIERE

La formazione rappresenta da sempre una delle principali leve strategiche a sostegno delle politiche organizzativo-gestionali di tutte le aziende.

Nelle aziende sanitarie, questa, rappresenta uno strumento fondamentale nell'azione di governo e di valorizzazione delle professionalità e delle competenze al fine di assicurare una risposta adeguata ai bisogni di salute della popolazioni assistite, nonché strategia di sostegno all'efficacia e alla sostenibilità del sistema sanitario.

Le iniziative formative in ambito sanitario, devono essere orientate a sostenere i processi di cambiamento, sia rispetto all'evoluzione dei bisogni di salute dei cittadini, sia rispetto alla necessaria e continua riorganizzazione dei servizi sanitari.

Per realizzare questo, risulta necessario il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema, l'Università, la Regione, le Aziende Sanitarie e gli Ordini/Collegi professionali.

Recentemente con deliberazione della Giunta Regionale n. 1150 del 27 Luglio 2009 avente per oggetto: "La pianificazione della formazione di base, professionale e manageriale del personale dei servizi sanitari regionali per l'anno 2009-2011", la regione Umbria ha approvato il piano formativo del personale dei servizi sanitari dell'Umbria valido per il triennio considerato.

Nello specifico, lo stesso piano di formazione, riguarda l'area della formazione di base, complementare, la specialistica, gli interventi di aggiornamento e di riqualificazione professionale.

Nel documento di programmazione sanitaria regionale 2009-2011 (PSN), approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 28 Aprile 2009 n. 289, sono state indicate le strategie, per il triennio di riferimento sulla base dei livelli essenziali di assistenza, dando risalto ai collegamenti tra i servizi e le cure intermedie per la gestione delle patologie croniche e per l'assistenza agli anziani. Situazioni che necessitano di un appropriato modello organizzativo.

Il piano sanitario è improntato sulla necessità di garantire a tutti i cittadini uguale accessibilità ai servizi socio sanitari, i quali devono essere gestiti in modo tale da garantire soprattutto le fasce più deboli.

In questo contesto il ruolo del piano formativo regionale appare quanto mai strategico al fine di

accrescere le competenze e la professionalità degli operatori del servizio sanitario regionale coerentemente con i bisogni di salute espressi dai cittadini.

Dall'analisi del suddetto documento di programmazione formativa emergono una serie di criticità che meritano alcune considerazioni. Nell'introduzione al documento si mette in risalto come la formazione manageriale continua, rappresenti un punto di forza della programmazione regionale in quanto considerata come uno strumento indispensabile per coloro che ricoprono le alte cariche dirigenziali all'interno del SSR.

La prima domanda da porsi è se la professione infermieristica, all'interno del nostro sistema sanitario regionale, svolge una funzione necessaria e importante in ambito manageriale oppure no. La risposta, a nostro avviso, non può che essere affermativa.

Allora risulta evidente e allo stesso tempo incomprensibile come ancora oggi, nella nostra Regione, non sia presa in considerazione l'istituzione della Laurea Specialistica/Magistrale per gli infermieri, neanche a livello di programmazione. Nonostante oggi in Umbria la professione infermieristica sia rappresentata da oltre 5.000 operatori e le continue richieste da parte dei Collegi IP.AS.VI. Laurea specialistica che invece è stata prevista per altre professioni come Fisioterapisti e per i Tecnici della Prevenzione.

Crediamo sia giunto il momento che la professione infermieristica in Umbria disponga di percorsi formativi completi, all'interno della regione e del proprio contesto socio sanitario, condizione che garantirebbe l'acquisizione delle necessarie competenze anche in ambito organizzativo gestionale e di direzione dei servizi Infermieristici.

Altro elemento di notevole criticità sul quale la professione infermieristica umbra necessita di un immediato chiarimento e confronto è rappresentato dall'ipotesi di attivare corsi di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio Sanitario. Quello che sorprende e preoccupa, non è tanto l'ipotesi di istituzione del corso quanto la sua motivazione.

Nel documento si riporta chiaramente che *"la necessità di istituire il corso è rappresentata dal fatto di dover far fronte alle crescenti esigenze di assistenza e di un diverso impiego delle risorse infermieristiche"*.

Ma ancora più preoccupante è l'obiettivo che con tale corso si vuole perseguire, anche questo chiaramente esplicitato; *"l'istituzione del corso di operatore socio sanitario specializzato sarà il primo passo di tale processo formativo anche in relazione alle esigenze assistenziali poste dai medici di medicina generale per l'inserimento di questa figura professionale in alternativa al personale infermieristico"*.

Certe affermazioni sono da considerare assolutamente gravi e inaccettabili meritano una presa di posizione forte e decisa.

Innanzitutto ci sembra grave l'affermazione di ipotizzare l'utilizzo della figura e della competenza professionale dell'Operatore Socio Sanitario, anche se con formazione complementare in assistenza sanitaria, in alternativa a quella dell'infermiere. È chiaro che chi ipotizza questo dimostra di non conoscere la normativa che regola l'attività delle due figure professionali né ambito di competenza, di autonomia e di responsabilità.

L'operatore socio sanitario sia esso con formazione complementare o meno, non potrà mai essere, nel rispetto della normativa vigente, una figura alternativa all'infermiere perché le due figure professionali proprio per i diversi ambiti di autonomia e di responsabilità.

Il dettato normativo contenuto nell'accordo stato regioni del 16 gennaio 2003, che prevede l'istituzione dell'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare recita: *"[...] gli operatori Socio Sanitari che hanno seguito con profitto il modulo di formazione complementare di cui al comma 1 ed hanno superato l'esame teorico-pratico finale ricevono uno specifico attestato di "Operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria" che consente all'operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione"*.

Vi è quindi già nell'accordo, uno specifico richiamo o meglio una specifica citazione della legge 1/2002 e alla limitazione dell'agire professionale dell'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare nelle sue ulteriori attribuzioni assistenziali sancite proprio con l'accordo in questione.

L'operatore socio sanitario con formazione complementare viene inizialmente previsto dal decreto legge 12 novembre 2001

"Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario" dove si precisava che si formava tale figura per consentirgli di *"collaborare con l'infermiere e con l'ostetrica e di svolgere autonomamente alcune attività assistenziali..."*; è significativo il fatto che nella conversione in legge, operata con la legge 1 del gennaio 2002, sia scomparso definitivamente l'avverbio *"autonomamente"* in quanto intenzione del legislatore è di legare in modo ancora più forte l'operatore socio sanitario ed il professionista infermiere/ostetrica.

Da tutto questo risulta evidente come l'ambito assistenziale operativo di tale figura professionale sia da riferirsi a quei servizi dove operano infermieri ed ostetriche, e non altri professionisti nel quale ambito, è difficile ipotizzare che insieme all'operatore socio sanitario, possano essere presenti infermiere e/o ostetriche. Quindi non è assolutamente possibile pensare che questa figura possa essere considerata un'alternativa all'infermiere, tanto meno all'interno degli studi dei medici di medicina generale. A meno che all'interno dello studio medico non siano soddisfatti criteri precedentemente accennati.

Quello che la professione infermieristica ombra chiede alle istituzioni regionali è prima di tutto il riconoscimento ed il rispetto della funzione infermieristica che non può essere agita in nessun modo e in nessun ambito da chi infermiere non è.

Allo stesso tempo gli infermieri ombri riconoscono che possono esserci ambiti assistenziali dove le varie competenze, esperienze di diverse professionalità, possano e debbano trovare necessari momenti di integrazione e di interazione finalizzati a migliorare l'efficacia, la sicurezza e la qualità delle risposte assistenziali.

Ben vengano aumentate e migliori competenze per risolvere in maniera sempre più efficace i problemi di salute dei cittadini, ma tutto questo non può prescindere dal doveroso rispetto delle autonomie e delle dignità professionali.

Con l'impegno a porre la massima attenzione sugli eventuali sviluppi di questa situazione, i Collegi IP.AS.VI. dell'Umbria e tutti gli infermieri che questi rappresentano si rendono disponibili, fin da subito, ad aprire un confronto serio e costruttivo per ridefinire l'assoluta, necessaria chiarezza su elementi di fondamentale importanza per la professione infermieristica: la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria ai cittadini.

NOTIZIE FLASH NOTIZIE FLASH NOTIZIE FLASH LE ULTIME DEL 2009

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Approvato il Dlgs di riforma

Via libera definitivo del Consiglio dei ministri al decreto legislativo di attuazione della legge Brunetta di Riforma della pubblica amministrazione (legge n. 15 del 4 marzo 2009).

La riforma, si legge nella nota del ministero, garantisce una migliore organizzazione del lavoro pubblico, assicura il progressivo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate al pubblico, ottiene adeguati livelli di produttività del lavoro pubblico e riconosce finalmente i meriti e i demeriti dei dirigenti pubblici e del personale.

Questi i contenuti principali del Dlgs.

Il principio di trasparenza

La trasparenza è intesa come accessibilità totale di tutte le informazioni concernenti l'organizzazione, gli andamenti gestionali, l'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali e dei risultati, l'attività di misurazione e valutazione, per consentire forme diffuse di controllo interno ed esterno (anche da parte del cittadino). Per questo ogni amministrazione adotta un pro-



gramma triennale per la trasparenza della performance e prevede una apposita pagina web sul programma di trasparenza e integrità.

Premiare il merito

L'asse della riforma è l'attribuzione selettiva degli incentivi economici e di carriera, in modo da premiare i capaci e i meritevoli, invertendo la generale tendenza alla distribuzione a pioggia dei benefici che da decenni si verifica nella pubblica amministrazione. Il decreto fissa una serie di principi nuovi: non più di un quarto dei dipendenti di ciascuna amministrazione potrà beneficiare del trattamento accessorio nella misura massima prevista dal contratto, non

più della metà potrà godere in misura ridotta al cinquanta per cento, mentre ai lavoratori meno meritevoli non sarà corrisposto alcun incentivo. La distribuzione tra le varie fasce può essere derogata dalla contrattazione collettiva integrativa entro limiti predeterminati.

Valutazione della performance

Il decreto realizza il passaggio dalla cultura di mezzi (input) a quella di risultati (output ed out come) al fine di produrre un tangibile miglioramento della performance delle amministrazioni pubbliche. Per facilitare questo passaggio si mette il cittadino-cliente al centro della programmazione degli obiettivi, grazie alla customer satisfaction, alla trasparenza e alla rendicontazione; si rafforza il collegamento tra retribuzione e performance.

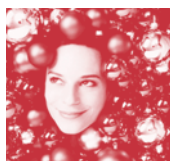
Si istituisce una apposita commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità, la quale predisporrà ogni anno una graduatoria di performance delle singole amministrazioni statali in base alla quale la contrattazione collettiva nazionale ripartirà le risorse premiano le migliori strutture e alimentando una sana competizione.

Contrattazione collettiva nazionale e integrativa e riforma dell'Aran

Il Dlgs, prosegue la nota del ministero, si propone di dare vita a un processo di convergenza con il settore privato prevedendo che il dirigente sia, quale rappresentante del datore di lavoro pubblico (identificato in modo ampio nei cittadini utenti e nei contribuenti), il responsabile della gestione delle risorse umane e della qualità e quantità del prodotto delle pubbliche amministrazioni.

La legge non può essere derogata dal contratto a meno di specifica indicazione della legge stessa, posto dal legislatore in apertura della legge n. 15/2009 cui viene data puntuale attuazione nel decreto legislativo in ragione della peculiarità della parte datoriale pubblica. Le nuove disposizioni creano un legame forte tra contrattazione decentrata, valutazione e premialità: in particolare, viene rafforzato, in coerenza con il settore privato, il condizionamento della contrattazione decentrata, e quindi della retribuzione accessoria, all'effettivo conseguimento di risultati programmati e di risparmi di gestione.

L'Aran viene rafforzata prevedendo che il presidente sia nominato con Dpr, previo favorevole parere delle competenti commissioni parlamentari. Il presidente rappresenta l'agenzia e coordina il comitato di indirizzo e controllo, composto da quattro esperti di riconosciuta competenza, con il compito di coordinare la strategia negoziale e di assicurarne l'omogeneità, verificando che le trattative si svolgano in coerenza con le direttive contenute negli atti di indirizzo.



ORARI DELL'UFFICIO AL PUBBLICO

COLLEGIO DI PERUGIA

Si comunica agli iscritti del Collegio IP.AS.VI. di Perugia che in concomitanza delle feste natalizie l'apertura dell'ufficio al pubblico, subirà le seguenti variazioni:

DAL 21 DICEMBRE 2009

AL 24 DICEMBRE 2009

CHIUSO

GIOVEDÌ 31 GENNAIO 2009

CHIUSO

VENERDÌ 29 GENNAIO 2010

Festa del Patrono di Perugia

San Costanzo **CHIUSO** ●

I dirigenti

I dirigenti sono i veri responsabili dell'attribuzione dei trattamenti economici accessori in quanto ad essi compete la valutazione della performance individuale di ciascun dipendente, secondo criteri certificati dal sistema di valutazione.

La nuova normativa valorizza la figura del dirigente, il quale avrà a disposizione reali e concreti strumenti per operare e sarà sanzionato, anche economicamente, qualora non svolga efficacemente il proprio lavoro.

Viene promossa la mobilità, sia nazionale che internazionale, dei dirigenti e si prevede che i periodi lavorativi svolti saranno tenuti in considerazione ai fini del conferimento degli incarichi dirigenziali.

Sono infine fissate nuove procedure per l'accesso alla dirigen-

za: in particolare, si prevede che l'accesso alla qualifica di dirigente di prima fascia nelle amministrazioni statali e negli enti pubblici non economici avviene per concorso pubblico, per titoli ed esami, indetto dalle singole amministrazioni per il 50% dei posti disponibili annualmente, e che i vincitori del concorso saranno tenuti a compiere un periodo di formazione presso uffici amministrativi di uno stato dell'unione europea o di un organismo comunitario o internazionale.

Sanzioni e procedimento disciplinare

Il decreto determina, in primo luogo, una semplificazione dei procedimenti e un incremento della loro funzionalità, soprattutto attraverso l'estensione dei poteri del dirigente della struttura in cui il dipendente lavora, la riduzione e la perentorietà dei termini, il potenziamento dell'istruttoria, l'abolizione dei collegi arbitrali di impugnazione e la previsione della validità della pubblicazione del codice disciplinare sul sito telematico dell'amministrazione. Viene poi disciplinato in modo innovativo il rapporto fra procedimento disciplinare e procedimento penale; per i casi di false attestazioni di presenze o di falsi certificati medici sono introdotte sanzioni molto incisive, anche di carattere penale, non soltanto nei confronti del dipendente, ma altresì del medico eventualmente corresponsabile. Per esigenze di certezza e di omogeneità di trattamento viene definito un catalogo di infrazioni particolarmente gravi assoggettate al licenziamento, che potrà essere ampliato, ma non diminuito, dalla contrattazione collettiva.

L'ITALIA DELLA SANITÀ PUBBLICA

Ecco l'ultimo e più inedito identikit

Toscana, Veneto ed Emilia Romagna al top con la lode. Tutte le regioni del Centro-Nord promosse spesso col massimo dei voti ma anche con giudizi di sufficienza riscati. E dal Lazio in giù tutti bocciati, con Calabria, Campania e Sicilia, nell'ordine, in fondo alla classifica. Dove la linea della qualità nel Servizio sanitario nazionale – il Nord all'avanguardia, il Sud che sprofonda – conferma in pieno anche l'andamento della spesa regionale per la salute: dove si spende meno e i conti ancora reggono (Centro-Nord), ci sono più efficienza e cure migliori, dove invece (Sud) i bilanci sono in rosso profondo, anche gestione e qualità dei servizi sono peggiori. Chi perde, perde due volte. È stata la Corte dei Conti a denunciare l'esistenza di un'Italia della sanità finanziariamente spaccata in due come una mela: Nord che regge l'onda d'urto dei conti, Sud nella morsa dei debiti.

La Scuola superiore Sant'Anna di Pisa attraverso uno studio del laboratorio «Management e sanità», con la «Valutazione delle performance dei sistemi regionali» su base nazionale, ha pubblicato un report dedicato all'efficienza e alla valutazione delle gestioni, con una griglia di ventinove indicatori sulla base degli ultimi dati riferiti al 2007, che niente ha a che fare con i conti di Asl e ospedali. Per ciascun indicatore viene assegnato un giudizio di performance: ottima, buona, media, scar-

Influenza A:

I vaccini alle Regioni

Campagna di comunicazione e di vaccinazione contro l'influenza suina, con la distribuzione dei sieri alle regioni già da metà ottobre. Il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Bonaiuti e il viceministro alla Salute Fazio hanno presentato la prima fase degli spot pubblicitari (costo 2,5 milioni) da diffondere su radio, Tv e giornali. Testimonial d'eccezione, un Topo Gigio in versione inedita, con tanto di camice bianco e stetoscopio, che all'insegna dello slogan «È un'influenza normale, cinque regole per combatterla meglio», suggerisce agli italiani il vademecum per prevenire il contagio. Queste: lavarsi spesso e bene le mani con il sapone; coprire naso e bocca con fazzoletto quando si starnutisce, gettando poi il kleenex nella spazzatura; evitare di toccare occhi, naso e bocca con mani non lavate; cambiare spesso l'aria nelle abitazioni; restare a casa in caso di tosse, febbre e raffreddore e chiamare il medico. Topo Gigio si è rivelato anche particolarmente conveniente, la sua creatrice lo ha offerto infatti gratuitamente come testimonial e «ciò ha consentito di realizzare lo spot a un costo contenutissimo, sotto i 40 mila euro. Se consideriamo che il costo di un ricovero è tra 500 e 1.500 euro al giorno, con un ricovero medio di due giorni bastano 500 persone che non si ammalano per recuperare l'intera somma spesa per la campagna», spiegano dalla presidenza del Consiglio. Anche se di ospedalizzazione al ministero del Welfare vogliono sentir parlare meno possibile. Il viceministro Fazio, infatti, guarda proprio alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio e ai medici di base, esortando i cittadini a «non cercare il vaccino in farmacia» e a rivolgersi in caso di sintomi al medico curante, ed invitandoli a «evitare assembramenti davanti ai Pronto soccorso», dal momento che «complicanze polmonari a parte, questa influenza è lieve, forse anche più di quella stagionale». Per le forme gravi di influenza A, degenerate in polmonite o in sindrome da distress respiratorio, ogni Regione dovrà allestire una rete di centri, articolata su tre livelli per intensità di cura. Dal canto suo il ministero sta ancora lavorando al potenziamento tecnologico dei centri e alla formazione specialistica, è stato comunque annunciato che per la rete delle terapie intensive il Governo stanzierà 25 milioni di euro. Dal 12 ottobre è iniziata la campagna vaccinale, con il successivo avvio della profilassi, a partire dagli operatori dei servizi pubblici essenziali. Nel complesso verrà «coperto» il 40% della popolazione. Quanto basta, ipotizzano dal ministero, per «eradicare l'epidemia senza grandi preoccupazioni prima dell'estate». Nell'ultima circolare firmata dal sottosegretario Fazio si precisa l'elenco delle categorie da vaccinare secondo priorità. Tutti i documenti ed il materiale informativo sul nuovo virus possono essere trovati nel sito del Ministero della Salute (da *Il Sole 24 ore Sanità*, www.ministerosalute.it) ●

sa o molto scarsa. Sul piatto quattro parametri: assistenza ospedaliera, assistenza sul territorio, farmaceutica e assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione. Il Sant'Anna non fa alcuna classifica, l'obiettivo è di stanare i punti di debolezza, Asl per Asl, ospedale per ospedale, per i necessari interventi

di miglioramento nella gestione locale. A ciascuna regione, infatti, il ministero ha consegnato lo studio con i dati nazionali, aggiungendo i risultati delle performance delle singole Asl. Mentre il federalismo fiscale avanza, l'analisi del Sant'Anna, che si fonda sul sistema già proficuamente sperimentato da qualche anno in Toscana, offre così qualche arma in più per la realizzazione dei costi standard, ormai un incubo per tutte le Regioni.

Il risultato finale è che tutto il Centro-Nord incassa punteggi positivi, mentre dal Lazio in giù prevalgono i voti bassi. Per il Sud ci sono soltanto una valanga di giudizi tra scarso e molto scarso: insomma, sonore bocciature (da *Il Sole-24 Ore*).

CURE PALLIATIVE

Il sì della Camera, i punti della legge

La Camera ha approvato il progetto di legge sulle cure palliative, condiviso da maggioranza e opposizione, con qualche distinguo e con il pensiero rivolto alla legge sul testamento biologico. Il testo passa ora all'esame del Senato. Farmaci antidolore più facili da prescrivere. Niente più ricettario speciale per oppiacei e cannabinoidi, il medico potrà prescrivere il farmaco direttamente sul ricettario ordinario, conservando una copia della ricetta.

Saranno stanziati 150 milioni di euro, 100 dei quali dal Fondo sanitario nazionale, per la rete degli hospice. Il finanziamento sarà rinnovato annualmente e le Regioni saranno obbligate a utilizzarlo esclusi-

sivamente per la rete della terapia del dolore. La rete dei centri per le cure terminali e l'ADI verranno adeguate su tutto il territorio nazionale e a dirigerle saranno delle figure professionali con un'esperienza di almeno tre anni nel campo.

Verranno perciò stabiliti criteri uniformi per tutte le Regioni, che saranno obbligate ad adeguare il proprio livello di assistenza. Gli esponenti dei vari schieramenti politici si trovano d'accordo ed esprimono pareri positivi riguardo al progetto di legge. Palumbo, relatore del testo e presidente della Commissione Affari sociali della Camera, esprime soddisfazione per il varo di una legge di grande civiltà.

Laura Molteni, capogruppo della Lega Nord in commissione Affari sociali, fiera del voto unanime conseguito alla camera, si augura che anche il Senato approvi quanto prima il decreto, che, secondo la sua opinione, "restituisce dignità ai malati e allo loro famiglie che potranno così usufruire delle cure palliative, un servizio di presa in carico del malato, che rispetta il principio della vita e non apre porte all'eutanasia".

Anche la senatrice Laura Bianconi vicepresidente del gruppo Pdl a Palazzo Madama, spera in una rapida approvazione del decreto in Senato, così da favorire l'allineamento dell'Italia agli altri paesi europei per quanto riguarda l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore. Maria Antonietta Farina Coscioni (Pd) afferma che il decreto è un punto di inizio, una legge che andrà perfezionata in Senato; valuta positivamente l'approvazione dell'emendamen-

to sulla prescrizione semplificata, ma reputa necessario che al Senato si valuti l'introduzione della libera importazione dei cannabinoidi reperibili solo all'estero. Soddisfazione da parte della Società Italiana di Pediatria, espressa dal presidente Pasquale Di Pietro, perché nel testo approvato dalla Camera è presente in modo esplicito la specificità del paziente pediatrico e la necessità di un intervento dedicato (da *Il Sole-24 Ore*).

ECCO COS'È LA PEC

Chi deve possederla e perché

Il decreto "Anti crisi" ha previsto l'obbligo per i professionisti iscritti in Albi o elenchi, di dotarsi di una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC).

La posta elettronica certificata (PEC) è un sistema di comunicazione simile alle poste elettroniche standard che però in più ha caratteristiche di sicurezza e di certificazione della trasmissione. La PEC è quindi un nuovo sistema attraverso il quale è possibile inviare email con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale valenza naturalmente è valida solo se il mittente e il destinatario hanno caselle di posta elettronica certificata. Se una delle caselle coinvolte nella trasmissione non è una PEC vengono a mancare alcuni elementi della certezza della comunicazione. Infatti in questo caso non viene fornita la ricevuta di avvenuta consegna.

PEC è un acronimo che può far venire il mal di testa a chi

non è a proprio agio con computer e connessioni on-line.

Ecco allora una guida semplice che aiuta a capire cosa cambierà quando tutti i punti della legge 2/2009 saranno stati soddisfatti. Cominciamo dal semplice cittadino. Sì, anche un privato può dotarsi della Pec. E cioè istituire una propria mail ufficiale, le cui comunicazioni avranno il valore legale di una raccomandata con avviso di ricezione tradizionale. Per farlo basta attivarsi presso il Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie (per informazioni telefonare allo 06.84.561 o visitare il sito www.innovazione-pa.it). La procedura è gratuita, così come senza oneri sarà ogni comunicazione spedita usando la Pec. Attenzione però: va ricordato che questa casella può essere usata solo per comunicazioni ufficiali. Quindi non è una normale mail con cui mandare messaggi ad amici e parenti. Il Ministro della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione on.le Renato Brunetta ha sottolineato l'importanza dell'adozione della PEC non solo da parte dei professionisti ma anche di tutti i cittadini in quanto rappresenta uno strumento che comporterà un sensibile risparmio dei tempi nel disbrigo delle pratiche della PA, una sensibile riduzione dei costi e un significativo impatto sociale a favore dei cittadini.

Se il cittadino può scegliere, professionisti, pubbliche amministrazioni e imprese saranno invece obbligati a dotarsi della Pec. Al momento si è evidenziata l'effettiva adozione della PEC da parte dei liberi professionisti specie nell'ambito di quelle professioni che necessi-

tano di contatti ufficiali con altre PA (per es. i Consulenti del Lavoro con INPS e l'INAIL).

Risulta evidente la criticità per quelle professioni, come l'infermieristica, che esercitano principalmente in regime di dipendenza, cosa che non comporta un contatto diretto del professionista con gli uffici della pubblica amministrazione.

Infatti, normalmente, per i professionisti "dipendenti", è l'amministrazione di riferimento che provvede a fornire la posta certificata per le necessità d'ufficio.

Sulla Gazzetta Ufficiale del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L è stata pubblicata la legge 28 gennaio 2009 n. 2 sulla "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occu-

pazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale".

Di particolare rilevanza per i Collegi è quanto riportato dai commi 7 e 8 dell'art. 16 che così letteralmente dispongono:

7. I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

8. Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, qualora non abbiano provveduto ai sensi dell'articolo 47, comma 3, lettera a), del Codice dell'Amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, istituiscono una casella di posta certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 per ciascun registro di protocollo e ne danno comunicazione al Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione, che provvede alla pubblicazione di tali caselle in un elenco consultabile per via telematica. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e si deve provvedere nell'ambito delle risorse disponibili.

MOBILITÀ

Modesti Roberta

Cell. 333-9038713
 robertamodesti@interfree.it
 Via Fonte Cottanello
 Rieti

da: Azienda Perugia
 a: ASL - Azienda Terni
 ASL - Azienda Rieti

Scarpello Maria

Cell. 340.3162483
 mariascarpello@libero.it
 Via Massaua, 26
 Foggia

da: ASL Foggia
 a: ASL n. 1 Gubbio

Baldan Maria Azzurra

Cell. 347.8381335
 luanapuccia@libero.it
 Foligno (Pg)

da: Azienda Perugia
 a: ASL n. 3 Foligno ●

APPROFONDIMENTO

LA CONTENZIONE

Il giorno 7 novembre 2009, a Spoleto, il Coordinamento dei collegi IP.AS.VI. di Perugia e Terni, ha realizzato un evento formativo sul tema della contenzione. Si è ritenuto utile fornire ai lettori un approfondimento che di seguito riportiamo sperando di fare cosa gradita

Il comitato di Redazione

La contenzione fisica è un argomento controverso e complesso, ne analizzeremo l'aspetto legale e quindi il trattamento imposto per legge sia che si tratti d'un trattamento terapeutico, piuttosto che d'un trattamento di coercizione fisica atto a fornire un trattamento terapeutico.

È noto che in passato il ricorso alla contenzione faceva parte della routine assistenziale all'interno dei manicomi; tuttavia il suo uso era frequente anche negli altri reparti di degenza, compresi quelli pediatrici. La contenzione persiste oggi soprattutto nelle strutture geriatriche, nelle lungodegenze e nelle case di riposo, ma vi si ricorre anche nei reparti per acuti: in rianimazione, in pronto soccorso, nei reparti di chirurgia ecc.

Da un lato essa è ritenuta necessaria per il trattamento di determinati pazienti (*La contenzione fisica in Ospedale*, cit.) ma dall'altro lato non raramente l'utilizzo di mezzi di contenzione ha dato luogo a responsabilità penali a carico del personale di cura e di assistenza



che le disponeva e attuava (Rodríguez, *Medicina Legale per Infermieri*, p. 219, Carocci, 2004).

Contenzione fisica è una parola composta da un sostantivo (contenzione) e un aggettivo (fisica), contentio da contenere e letteralmente indica disputa, contesa, contrasto; nulla a che vedere all'uso impropriamente fatto dagli operatori, e l'aggettivo fisica, che indica concernente la natura, i suoi fenomeni e le leggi che la regolano, il suo significato assume così un significato importante, sintetizzato con un termine come "contrasto della natura".

L'altro termine "mezzo contenitivo" ha un significato più immediato e comprensibile come mezzo che indica un fine o uno scopo e contenitivo dal latino contentus, che indico detto di apparecchio per mantenere la corretta posizione di un organo.

Nella legislazione questi termini non vengono menzionati, sono usate altre definizioni per inquadrare l'eventuale problematica che si viene a creare; infatti, nei codici Civile e Penale ci sono parole come coercizione, sequestro, trattamento coattivo che letteralmente hanno un significato molto forte, che contrasta con il Codice Deontologico dell'infermiere e del medico.

Nella pratica "si parla genericamente di contenzione indicando solo il mezzo e non il fine e questo contribuisce a non delineare un confine netto tra uso ed abuso, per cui alla fine il termine diventa solo sinonimo di abuso".

Le leggi che hanno trattato e trattano tutt'oggi la contenzione fisica in Italia sono:

Costituzione Italiana

Art. 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali di fronte alla Legge... è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitano di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona...

Art. 13

La libertà personale è individuale. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla Legge... È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà.

Art. 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse del/a collettività (rifacendosi all'art. 2) e garantisce cure gratuite agli indigenti (art. 3). Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento se non per disposizione di legge.

Un suggerimento potrebbe derivare dall'art. 111 che recita *tutti i provvedimenti giurisdizionali devono essere motivati*; quindi tutti gli interventi attuati dall'infermiere dovrebbero essere autorizzati, prima che dal medico, dal giudice tutelare.

Codice penale

In Italia non esiste una normativa che tuteli le persone contenute ma neanche una normativa che regoli i mezzi di contenzione.

L'azione anche violenta, come legare o anestetizzare, contraria alla volontà del paziente, esercitata non a scopo curativo diretto, bensì allo scopo di rendere possibile il trattamento chirurgico, è giustificabile solo a patto di agire nella necessità di salvare, o quantomeno, preservare l'integrità fisica del paziente stesso... non sempre può legittimare certi comportamenti del sanitario. Infatti si può incorrere nel reato di violenza privata art. 610 c.p.

Oppure nel 605 inerente al sequestro di persona che recita *chiunque priva taluno della libertà personale è punito con reclusione, se il fatto è commesso:*

- *In danno di un ascendente, discendente o dal coniuge.*
- *Da un Pubblico Ufficiale con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni.*

Il sanitario, infermiere o medico, che attua la contenzione non deve cadere *nell'abuso di mezzi di correzione o di disciplina, art. 571 c.p. in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a 6 mesi.*

Art. 54

Il Codice penale ammette in casi eccezionali, il ricorso allo stato di necessità di cui all'art. 54 c.p. che dice: *non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri da grave pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato...*

Art. 572

Nelle ultime sentenze chi ha attuato la contenzione è stato accusato di: *maltrattamenti art. 572. Chiunque maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.*

Art. 58

Percosse art. 58. Chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente (582), è punito, a querela della persona offesa (c.p. 120-126), con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a lire 600.000 (c.p. 587 n. 4).

Lesioni personali art 582 Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni (c.p. 583, 585).

Regio Decreto del 16/08/1909, n. 615

Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso dei detti mezzi rende possibile coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria... senza pregiudizio delle maggiori pene commiate dal Codice Penale.

Legge del 13/5/1978 W° 180

Detta anche Legge Basaglia che in seguito verrà incorporata nella legge del 23/12/78 n. 833 conosciuta come Riforma Sanitaria o di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

In riferimento ai mezzi di contenzione tale legge stabilisce all' art. 1 che nei casi di cui alla prevista Legge e i quelli espressamente previsti da Leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione. Si sottolinea che tali trattamenti non riguardano solo i malati di mente ma anche malati di altro genere...

Concludendo, in ambito legislativo, non esiste normativa che tuteli gli anziani in modo specifico e non esiste neanche una normativa speciale che regoli l'utilizzo dei mezzi di contenzione. Ecco perché si fa riferimento alla legislazione in materia di infermi di mente.

Dpr 7/4/1994

Dpr 7 aprile 1994 progetto-obiettivo tutela della salute mentale che prescrive l'eliminazione di qualsiasi metodo di coercizione fisica.

Inoltre è presente anche nei codici Deontologici delle Professioni Sanitarie: *Codice Deontologico dell'infermiere e in Profilo Professionale dell'infermiere: Premessa ai rapporti con la persona assistita, l'infermiere è una persona i grado di rispettare, riconoscere, aiutare, promuovere e agire nel rispetto della persona e della comunità.*

Art. 3

Nell'art. 3, l'infermiere è operatore sanitario che... è responsabile dell'assistenza e che è sua responsabilità curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Si denota in questi primi due articoli che non è plausibile applicare "mezzi di contenzione".

Art. 30

All'art. 30 l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario e motivato, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

Codice deontologico del medico**Art. 35**

In riferimento al Dettato istituzionale, che afferma il medico non deve intraprendere attività diagnostica o terapeutica senza l'acquisizione del consenso del paziente validamente informato.

Art. 4

Doveri Generali del medico: il medico deve attenersi alle conoscenze scientifiche... assumendo come principio il rispetto della vita, della salute psichica e fisica, della libertà e della dignità della persona...

Art. 51

Trattamento medico e libertà personale afferma che il medico in caso di T.S.O. non deve porre o richiedere in essere misure coattive salvo in caso di necessità. Da quanto analizzato la contenzione fisica dovrebbe essere un atto eccezionale, da sottoporre a prescrizione me-

dica e giustificata. Affinché la contenzione sia evento straordinario ed eccezionale sarebbe necessario rivedere e rimettere in discussione un modo di fare assistenza che è centrato sulla persona, spesso, solo a parole. Per esempio, quanta contenzione sarebbe possibile eliminare nelle terapie intensive se la durata del tempo di accesso dei parenti fosse maggiore? La vicinanza di una persona cara può contribuire a diminuire l'ansia e l'agitazione del paziente e di conseguenza ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione fisica o farmacologica. La riduzione della contenzione implica la revisione di modalità organizzative e assistenziali divenute routine, consuetudine, sulle quali sarebbe opportuno interrogarsi e chiedersi francamente quanto rispondano alle esigenze e/o alle carenze della struttura o degli stessi operatori e non dei pazienti. Come è stato osservato, persino un uso improprio del pannolone in un anziano può essere considerato una forma di contenzione quando vi si ricorre, perché in questo modo si evita di accompagnare il paziente in bagno quando ne ha bisogno e "si risparmia tempo". L'adozione di protocolli per un uso appropriato della contenzione attenua solo in parte l'ineadeguatezza di un'assistenza che sempre più spesso deve rispondere più al criterio del contenimento dei costi che ai criteri di qualità per la persona assistita. La condivisione di valori all'interno del gruppo curante e di una filosofia assistenziale che pone al centro l'assistito, richiede all'infermiere un'attenta valutazione del paziente e il vaglio di tutte le possibili solu-

zioni alternative affinché la contenzione diventi scelta motivata ed estrema.

Il paziente contenuto è un paziente in pericolo. Alcuni studi hanno dimostrato in modo indiscutibile che la contenzione espone l'assistito a rischi maggiori e con conseguenze più gravi per la sua salute. Una delle motivazioni spesso addotte per contenere i pazienti anziani è il rischio di cadute; in diversi studi è emerso che il numero delle cadute non diminuisce, mentre l'esito della caduta è più traumatico.

Come per ogni intervento assistenziale, anche nel caso della contenzione l'assistito va informato e là dove i congiunti sono presenti e vicini al paziente, è necessario che anche questi ricevano spiegazioni e siano messi al corrente delle motivazioni che hanno portato alla contenzione (Commentario al Codice Deontologico dell'infermiere 2009).

Si oscilla quindi, tra il trattamento terapeutico e abuso del trattamento.

Per chiarirci, i pazienti trattati con mezzi di contenzione soffrono di alterazioni patologiche psichiche o fisiche che comportano difficoltà di coordinazione motoria, stati confusionali o di agitazione o di eccitazione o di disorientamento, o impulsi al suicidio o comportamenti auto o etero lesioni/aggressioni ed es. per un certo trattamento farmacologico connesso alla terapia farmacologica prescritti per la patologia principale (Rodriguez, cit. 217). Queste affezioni mettono evidentemente a rischio lo stesso paziente o il personale sanitario o i familiari (*La contenzio-*



Spoletto. "La contenzione fisica" l'evento formativo promosso dal Coordinamento dei collegi IP.AS.VI. di Perugia e Terni, tavolo dei relatori



Spoletto. I partecipanti accorsi all'evento formativo del 7 novembre 2009



ne Fisica in ospedale, cit.) Per prevenire il dramma, quindi, per arginare o eliminare il rischio, le misure che si adottano generalmente sono le sponde del letto, le polsiere, le cavigliere, le cinghie o il trattamento sedativo (Rodriguez, cit., 217).

La nostra costituzione afferma che *nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti del rispetto della persona umana*, da ciò consegue che nessuno può essere costretto contro la sua volontà a subire trattamenti coercitivi a scopo curativo, fatta salva l'accezione costituita dall'imminenza del pericolo reale di un danno grave alla persona e ferma restando la proporzionalità fra il bene sacrificato con il trattamento coattivo e il pericolo che si intende scongiurare (6. Pavich, *Profili Generali di liceità ed illicitezza nella Contenzione dei Pazienti Psichiatrici*, Riv. Pen., 4, 2008, La tribuna.it).

D'altronde, secondo il D. lgs. CPS. 4 marzo 1947, n. 1068, che recepisce l'atto di costituzione dell'O.M.S., Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solo nell'assenza di malattia.

Questa concezione della malattia spiega il perché la contenzione è stata vista sempre con sfavore dal legislatore.

Come si deve porre quindi il professionista di fronte alla situazione in cui il paziente versa in una condizione tale che può essere trattato con sistemi di contenzione? Quando può

utilizzarli e quando no? E come deve utilizzarli?

L'indagine deve essere condotta sulle cd. scriminanti penali, ossia le cause di esonero da responsabilità (penale). Innanzitutto consideriamo l'ipotesi del "consenso dell'avente diritto" (art. 50 c.p.); questo consenso si ottiene con il noto consenso informato.

Secondo la Cassazione (16 ottobre 2007, n. 21748) *il consenso costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario: senza il consenso informato l'intervento del medico è, salvi i casi di T.S.O. e salvi i casi in cui ricorra uno stato di necessità, sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente.*


Sempre secondo questa sentenza *il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità del trattamento medico... ma altresì di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla e questo è possibile per la nuova dimensione che ha assunto la salute (non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla percezione che ognuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza).*

Si capisce che qui abbiamo già inquadrato la contenzione come sistema terapeutico, per cui per essere attuata è necessario che il paziente presti il proprio consenso. Dobbiamo considerare, però, che il consenso per essere valido ed immune

da vizi deve essere prestato da persona capace di intendere e di volere, che possa disporre del diritto e che sia debitamente informata (si vedano anche gli artt. 22, 23, 24 e 25 del Codice deontologico).

Si intende chiaramente come il sistema del consenso informato strida con la contenzione come sistema terapeutico che di regola viene attuato su pazienti la cui capacità intellettuale è alterata in via temporanea o permanente. Si ammette che il consenso può essere prestato da chi ha la rappresentanza legale del paziente privo della capacità.

In conclusione l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

Il richiamo del Codice all'uso della contenzione come fatto straordinario, dovrebbe indurre a una riflessione su quanto succede normalmente nella pratica assistenziale quotidiana. Il ricorso alla contenzione, anche se non ci si avvale più di strumenti violenti come legacci o camicie di forza, in passato come oggi, interpella e interroga gli infermieri su quali sono i loro valori in quanto persone, cittadini e professionisti. Per quanto motivata e giustificata possa essere la contenzione di un paziente, si avverte pur sempre la sensazione di aver ferito la persona assistita negandole temporaneamente o limitando in modo significativo un diritto umano fondamentale: il diritto alla libertà. 

DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI

BLOCKNOTES

Cambiamento tecnologico: web 2.0

La frase di Richard Smith pubblicata su "*British Medical Journal*", ci ricorda quello che può comportare il non adeguarsi al cambiamento tecnologico che sta avvenendo nella società in generale e che di riflesso (ma neanche tanto) ha investito la medicina e le professioni sanitarie. La trasformazione dell'area medico-sanitaria è tangibile nell'uso che le persone stanno facendo della rete internet, i nuovi strumenti sono utilizzati per vari scopi: l'aggiornamento professionale, la condivisione di conoscenze, l'aggregazione su uno stesso problema sanitario.

Del web 2.0 fanno parte tutte quelle applicazioni che su internet mettono in contatto le persone, dando la possibilità a tutti di condividere, creare, modificare notizie ed informazioni.

la frase

Get with web 2.0 or become yesterday's person.

Usa il web 2.0 o rimarrai una persona all'antica.

Richard Smith
(dal *British Medical Journal*)

La mela di Steve Jobs

Questa voglia di condividere ha portato la società Apple (<http://www.apple.com/it/>) capitanata da Steve Jobs (quello che ha inventato il personal computer con il Macintosh), ha dare la possibilità a chiunque ne sia in grado di creare (per poi vendere nel proprio portale (<http://www.apple.com/>

[it/itunes/](http://itunes/)) dei programmi/applicazioni che siano compatibili sia per i computer che per i telefonini iPhone.

La cura sul cellulare

Tra questi programmi molto interessante è iCPR (<http://www.icpr.it/>), una creazione tutta italiana che consiste in un corso Basic Life Support, da scaricare ed installare nel telefonino. Rivolto a personale sanitario e non, fa riferimento alle ultime Linee Guida e si occupa di come trattare una persona in arresto cardiaco in attesa dei soccorsi.

I focolai in rete

Resta attaccato alla quotidianità il Children's Hospital di Boston, che in collaborazione con l'MIT Media Lab, ha creato "I focolai vicino a me" basata sulla HealthMap (<http://www.healthmap.org/iphone/>), una risorsa online che raccoglie, fil-

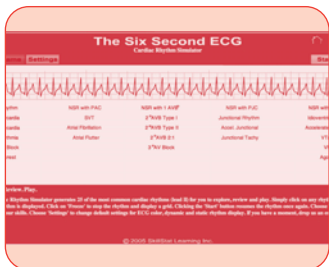




tra, produce mappe e diffonde informazioni sulle malattie infettive emergenti e fornisce avvisi sulla posizione specifica di un utente. Questo mezzo ha la capacità di individuare i focolai che sono stati riportati nelle vicinanze dell'utente e offre la possibilità di ricerca informazioni supplementari sulla posizione o sulla malattia in questione. Tra le funzionalità aggiuntive c'è anche la possibilità di impostare avvisi che informeranno l'utente quando nuovi focolai sono riportati nelle vicinanze, o se un utente entra in un nuovo settore di attività. Chiaramente questa applicazione in questa stagione influenzale ha trovato numerosissimi estimatori.

Simulatore ECG

Per restare in temi che trattano aspetti formativi, The Six Second ECG (<http://www.skillstat.com/Flash/ECGSim531.html>) è un simulatore dove tutti possono cimentarsi con le proprie conoscenze riguardo all'in-



terpretazione dell'ECG, ma c'è anche la possibilità accedendo alla pagina principale (<http://www.skillstat.com/learn.htm>), di approfondire le conoscenze sull'anatomia del cuore, oppure rispondere a domande sul trattamento dell'arresto cardiaco o consultare un dizionario dedicato al cuore.

Il corpo umano in tre dimensioni

Su Visible Body (<http://www.visiblebody.com/>) c'è la possibilità di fare un giro virtuale fuori e dentro al corpo umano. Attraverso le immagine 3D c'è la possibilità di vedere, con una perfetta definizione e adesione alla realtà, come è fatto il corpo di una persona.

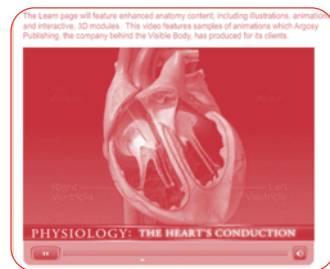
Conclusioni

Questi strumenti non sono solo dei passatempi oppure dei gadget, ma stanno realmente modificando il rapporto tra i professionisti sanitari e quello con i pazienti. L'uso del web 2.0 e di



tutte le varie tecnologie che permettono di entrare in contatto, potrebbero favorire in modo determinante l'applicazione dei principi della medicina basata su prove di efficacia, favorendo la possibilità di reperire le evidenze giuste, al momento giusto, nel posto giusto. Queste tecnologie hanno però bisogno di un comune linguaggio, che renda universali lo scambio di informazioni cliniche. Appena verrà raggiunto questo obiettivo, anche la trasmissioni tra varie strutture sarà più semplice; usare un linguaggio comune è un requisito indispensabile per favorire le attività di ricerca, e per farsi comprendere in modo chiaro e senza equivoci dai pazienti. Se la comunicazione riuscirà ad essere capillare, sarà possibile sfruttare queste nuove tecnologie per una più efficace strategia di promozione della salute, ed il risultato potrebbe essere un'assistenza migliore. ☺

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



PREVENIRE GLI ERRORI, IMPARARE DAGLI ERRORI

MANUALE DI SICUREZZA
IN SALA OPERATORIA

RACCOMANDAZIONI E CHECKLIST

Introduzione

Le stime della morbosità e della mortalità associate all'attività chirurgica, che in Italia rappresenta circa il 40 % della totalità dei ricoveri, giustificano la crescente preoccupazione per il problema della sicurezza dei pazienti e della qualità dell'assistenza in ambito chirurgico.

Nonostante le difficoltà metodologiche nella misurazione degli eventi avversi correlati agli interventi chirurgici, i risultati degli studi internazionali riportano un'incidenza compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite sui pazienti ricoverati, con un tasso di mortalità compreso tra 0,4% e 0,8%.

A dispetto di una scarsa comparabilità dei dati, anche per la variabilità del case mix, i risultati riportati dagli studi internazionali giustificano la crescente attenzione al problema, considerato una delle priorità della sanità pubblica nel mondo, anche perché da tali studi emerge che circa la me-

tà degli eventi avversi sono stati considerati prevenibili.

Rispetto ad altri settori sanitari la sicurezza in sala operatoria si contraddistingue per

la frase

Promuovere la sicurezza in chirurgia rappresenta una priorità di sanità pubblica in quanto le prestazioni chirurgiche richiedono azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire l'occorrenza di incidenti perioperatori e la buona riuscita degli interventi.

(FERRUCCIO FAZIO, vice ministro alla Salute, 11 novembre 2009, aprendo al Ministero i lavori del seminario di presentazione del Manuale per la sicurezza in sala operatoria)

la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, pure quelle più semplici: numero di persone e professionalità coinvolte, condizio-

ni acute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, elevato livello tecnologico, molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti (identificazione del paziente, correttezza del sito chirurgico, appropriata sterilizzazione dello strumentario, induzione dell'anestesia, ecc.). Particolare rilevanza assumono i processi di comunicazione all'interno dell'équipe operatoria, nella quale il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere non lavorano isolatamente l'uno dall'altro, ma devono assicurare un clima di collaborazione tra le diverse professionalità, indispensabile per prevenire incidenti peri-operatori e per la buona riuscita dell'intervento. Inoltre, in Italia il problema della carenza di personale infermieristico ha indotto, talvolta, le aziende sanitarie ad impiegare in questo ambito altre figure professionali, quali l'operatore socio sanitario e l'operatore socio sanitario specializ-

zato, coinvolgendole in alcune attività di sala operatoria tradizionalmente eseguite dagli infermieri, contribuendo così ad aumentare il rischio di eventi avversi in sala operatoria.

Il Manuale

A seguito dell'assemblea mondiale sanitaria del 2002, in cui si chiedeva agli Stati Membri ed all'OMS di porre la massima attenzione al problema della sicurezza dei pazienti, nel 2004 l'OMS ha avviato la *World Alliance for Patient Safety*. Tra i progetti OMS volti alla sicurezza dei pazienti, il tema della sicurezza in sala operatoria è stato individuato come prioritario. Il programma "*Safe Surgery Saves Lives*", diffuso a livello mondiale nel 2007, mette in evidenza la stretta relazione intercorrente tra sicurezza dell'assistenza chirurgica e vite umane potenzialmente salvate. L'impatto, in termini di sanità pubblica globale, è enorme, se si considera l'immenso volume di procedure chirurgiche erogate nel mondo, il tasso di mortalità, l'incidenza di eventi avversi e la evitabilità degli stessi. Nel 2008 sono state pubblicate e diffuse le linee guida OMS "*Guidelines for Safe Surgery*" per la sicurezza in sala operatoria. Esse si pongono l'obiettivo di migliorare la sicurezza degli interventi chirurgici attraverso la definizione e la promozione di raccomandazioni e standard di sicurezza che possano essere adattati nei diversi Paesi e setting operativi, rafforzandone

i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori. Inoltre, sulla base di tali raccomandazioni, l'OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire, in modo sistematico, l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire gli eventi avversi evitabili. Tali linee guida sono state recepite a livello nazionale con il documento del Ministero della Salute "*Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist*", diffuso ad ottobre 2009. Questo perché nel corso del corrente anno, anche sulla base delle indicazioni dell'OMS, è stato individuato il tema della sicurezza in sala operatoria quale area prioritaria di intervento per la sicurezza dei pazienti e pertanto il Ministero ha provveduto a:

- aggiornare il protocollo degli eventi sentinella, definendo anche una nuova categoria di eventi avversi: "*morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico*";
- elaborare raccomandazioni specifiche per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle strutture sanitarie e dei professionisti;
- sviluppare un progetto di formazione interprofessionale sulla sicurezza dei pazienti in sala operatoria, rivolto alle équipes operatorie.

Obiettivo del Manuale è di migliorare la qualità e la sicu-

rezza degli interventi chirurgici eseguiti nel SSN attraverso:

- 1) la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza volti a rafforzare i processi preoperatori, intra-operatori e post-operatori,
- 2) l'implementazione degli standard di sicurezza tramite l'applicazione della Checklist per la sicurezza in sala operatoria in tutte le sale operatorie e nel corso di tutte le procedure chirurgiche effettuate.

In dettaglio le raccomandazioni riportate nel Manuale sono riferite a 16 obiettivi specifici, che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei pazienti nel processo peri-operatorio; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS "*Guidelines for Safe Surgery*", con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. I sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria sono:

- 1) Operare il paziente corretto ed il sito corretto;
- 2) Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico;
- 3) Identificare in modo corretto i campioni chirurgici;
- 4) Preparare e posizionare in modo corretto il paziente;
- 5) Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali;
- 6) Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria;

- 7) Controllare e gestire il rischio emorragico;
- 8) Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica;
- 9) Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio;
- 10) Prevenire il tromboembolismo postoperatorio;
- 11) Prevenire le infezioni del sito chirurgico;
- 12) Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria;
- 13) Gestire in modo corretto il programma operatorio;
- 14) Garantire la corretta redazione del registro operatorio;
- 15) Garantire una corretta documentazione anestesio-logica;
- 16) Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria.

Per ogni obiettivo sono menzionate una serie di azioni da porre in essere in sala operatoria per garantire la sicurezza del paziente ed il regolare svolgimento dell'attività chirurgica. Alcune delle indicazioni riportate fanno riferimento anche a precedenti Raccomandazioni Ministeriali, già presentate in queste pagine. Ma un altro aspetto molto interessante del manuale è costituito dall'ampio risalto che viene dato alla "Checklist per la sicurezza in sala operatoria". Sulla base delle raccomandazioni "Guidelines for Surgery" l'OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria con-

FASI	I 20 CONTROLLI DELLA CHECKLIST
<p style="text-align: center;">Sign In</p> <p>Quando: prima dell'induzione dell'anestesia.</p> <p>Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) il paziente ha confermato identità, sede di intervento, procedura e consensi. 2) conferma marcatura del sito di intervento. 3) conferma dei controlli per la sicurezza dell'anestesia. 4) conferma posizionamento del pulsossimetro e verifica del retto funzionamento. 5) identificazione rischi allergie. 6) identificazione rischi difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione. 7) identificazione rischio di perdita ematica.
<p style="text-align: center;">Time Out</p> <p>Quando: dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione chirurgica per confermare che i diversi controlli siano stati eseguiti.</p> <p>Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) si sono presentati tutti i componenti dell'équipe con il proprio nome e funzione. 2) il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato identità del paziente – sede dell'intervento – procedura – corretto posizionamento. 3) criticità chirurgo. 4) criticità anestesista. 5) criticità infermiere. 6) conferma profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60 minuti. 7) visualizzazione immagini diagnostiche.
<p style="text-align: center;">Sign Out</p> <p>Quando: si svolge durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria.</p> <p>Chi: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione. 2) conferma conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico. 3) conferma etichettatura del campione chirurgico. 4) conferma problemi relativamente all'uso di dispositivi medici. 5) chirurgo, anestesista e infermiere rivedono gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria. 6) conferma del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso.

Tab. 1 – Scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura

tenente 19 item, quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle équipe operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza, raccomandati per

prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. La checklist è stata oggetto di sperimentazione in un recente studio prospettico, condotto su un campione di otto ospedali di diversi Paesi, alcuni dei quali in via di sviluppo, con un disegno

dello studio di tipo *before – after*. Dallo studio è emerso che l'implementazione della checklist è associata ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie.

I risultati osservati suggeriscono che l'utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie. Anche l'agenzia nazionale per la sicurezza dei pazienti del Regno Unito (NPSA) ha recentemente adattato alla propria realtà la checklist dell'OMS raccomandando ufficialmente di utilizzarla su tutti i pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in Inghilterra e nel Galles.

Sulla base delle indicazioni OMS, il Ministero ha adattato la checklist alla propria realtà nazionale ed ha aggiunto ai 19 item dell'OMS un ulteriore item riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso. La checklist include 3 fasi (Sign In, Time Out, Sign Out), nonché 20 item con i controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare dopo l'avvenuto controllo. Per evitare la sovrapposizione di controlli, nel Manuale si precisa che la nuova checklist per la sicurezza in sala operatoria sostituisce la checklist "*Scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura*", diffusa dal Ministero nel 2006 nel contesto della specifica Raccomandazione (Tab. 1).

Per migliorare l'implementazione della checklist è consigliabile la designazione di un coordinatore della stessa, da individuare tra i componenti dell'équipe operatoria, che sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti dell'équipe operatoria e, soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item; l'OMS suggerisce la designazione dell'infermiere di sala operatoria. In ciascuna fase è però importante creare un ambiente lavorativo che faciliti il compito del coordinatore, inoltre l'équipe operatoria deve agevolare il coordinatore nel porre le specifiche domande e fornire le dovute risposte. Nel caso in cui particolari esigenze locali o specifiche procedure rendono opportuna l'aggiunta di altri controlli, sarà possibile arricchire la checklist con ulteriori item, avendo cura di non rendere troppo complessa la gestione e la praticabilità dei controlli stessi (Tab. 2).

Vediamo ora nel dettaglio le tre fasi della Checklist:

1° Fase: Sign In

■ Conferma da parte del paziente di identità, procedura, sito e consenso

Il coordinatore prima dell'anestesia deve verificare verbalmente con il paziente la correttezza dell'identità, del sito, della procedura e che sia stato dato il consenso all'intervento chirurgico.

■ Sito marcato

Il coordinatore dovrà contrassegnare la corrispettiva casella soltanto dopo aver verificato che il sito chirurgico sia stato marcato, ovvero che tale controllo non sia applicabile al tipo di intervento chirurgico.

■ Controlli per la sicurezza dell'anestesia

Il coordinatore dovrà controllare verbalmente con l'anestesista che siano stati effettuati i controlli per la sicurezza dell'anestesia e che sia stato confermato il corretto posizionamento e funzionamento del pulsossimetro.

■ Identificazione dei rischi del paziente

Il coordinatore dovrà controllare verbalmente con l'anestesista che sia stato valutato il rischio di reazioni allergiche, di difficoltà di gestione delle vie aeree, di perdita ematica.

2° fase: Time Out

■ Presentazione dell'équipe

Il coordinatore all'inizio della seduta operatoria chiede ad ogni componente dell'équipe di presentarsi, enunciando il proprio nome e il proprio ruolo.

■ Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano il paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento

Il coordinatore chiede all'équipe operatoria di confermare ad alta voce il nome del

CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Sign In →	Time Out →	Sign Out
<p>I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</p>	<p>I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</p>	<p>I sette controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</p>
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identità • sede di intervento • procedura • consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti) <hr/> <p>2) Il sito di intervento è stato marcato non applicabile.</p> <hr/> <p>3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati.</p> <hr/> <p>4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento.</p> <hr/> <p>Identificazione dei rischi del paziente:</p> <p>5) Allergie:</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p>6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione?</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì, e la strumentazione/assistenza disponibile.</p> <p>7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/Kg nei bambini)?</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) Tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con il proprio nome e funzione.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità de paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto posizionamento.</p> <hr/> <p>Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:</p> <p><input type="checkbox"/> 3) Chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?</p> <p><input type="checkbox"/> 4) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?</p> <p><input type="checkbox"/> 5) Infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?</p> <hr/> <p>6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti?</p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> non applicabile</p> <p>7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?</p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> non applicabile</p>	<p>L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe</p> <p>1) Nome della procedura registrata (quale procedura è stata eseguita?).</p> <p>2) Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto.</p> <p>3) Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione).</p> <p>4) Eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici.</p> <hr/> <p>5) Chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria.</p> <p>6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio.</p> <hr/> <p>Dati del paziente</p> <p>Nome: _____</p> <p>Cognome: _____</p> <p>Data di nascita: _____/_____/_____</p> <p>Procedura eseguita: _____</p>

Tab. 2 – Le tre fasi: del checklist per la sicurezza in sala operatoria: Sign In, Time Out, Sign Out

paziente, la procedura chirurgica, il sito chirurgico e il corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento programmato.

■ **Anticipazione di eventuali criticità**

Successivamente ogni componente, a turno, revisiona gli elementi critici del proprio programma operatorio, utilizzando, come guida, le domande della checklist.

■ **Profilassi antibiotica**

Il coordinatore chiede ad alta voce di confermare che la profilassi antibiotica sia stata somministrata nei 60 minuti precedenti.

■ **Visualizzazione immagini**

Il coordinatore chiede al chirurgo se la visualizzazione delle immagini è necessaria per l'intervento; in caso affermativo, conferma che le immagini essenziali sono disponibili in sala operatoria e pronte per essere visualizzate durante l'intervento.

3° fase: Sign Out

■ **Il coordinatore conferma verbalmente insieme all'équipe operatoria:**

- Nome della procedura chirurgica registrata;
- Conteggio di strumenti, garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico;
- Etichettatura del campione chirurgico (incluso nome del paziente e descrizione);

- Problemi o malfunzionamenti nell'utilizzo dei dispositivi.

■ **Revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria**

Il coordinatore conferma che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere abbiano revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza postoperatoria del paziente, focalizzando l'attenzione sugli eventuali problemi intraoperatori o anestesiologici che possono influire negativamente sul decorso postoperatorio.

■ **Profilassi del tromboembolismo post-operatorio.**

Il coordinatore chiede conferma al chirurgo che sia stato predisposto il piano per la profilassi del tromboembolismo postoperatorio.

La checklist compilata può essere collocata nella documentazione clinica del paziente oppure archiviata per la valutazione della qualità degli interventi. A corredo del Manuale è stato prodotto del materiale informativo, composto dai tre seguenti video illustrativi (a breve disponibili sul sito ministeriale):

1. Come si usa la checklist in sala operatoria nelle procedure semplici
2. Come si usa la checklist in sala operatoria nelle procedure complesse
4. Come non si usa la checklist in sala operatoria.

Conclusioni

Concludendo, si può affermare che la gestione dei sistemi sanitari vede oggi il miglioramento della qualità e della sicurezza nell'erogazione delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza quale elemento fondante nella prospettiva del governo clinico integrato, che identifica un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari, ponendo al centro i bisogni delle persone, nell'ambito di politiche di programmazione e gestione dei servizi basate su scelte cliniche che valorizzino il ruolo e la responsabilità di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura del paziente.

Pertanto, sia le raccomandazioni contenute nel manuale che la checklist sono dei notevoli contributi alla sicurezza del paziente, ma sarebbero scarsamente efficaci se non fossero fatti seguire da un'azione di misurazione, monitoraggio e valutazione. A tal fine, è perciò altresì importante che le Direzioni di ciascuna Azienda non valutino solo i successi avvenuti in sala operatoria, ma guardino con attenzione gli insuccessi, alla ricerca non di chi è stato ma del come e perché è accaduto, secondo il principio dell'apprendere dagli errori passati per prevenire quelli futuri. 

BIBLIOGRAFIA

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist*. Roma, ottobre 2009. Consultabile integralmente all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_allegato.pdf

DI N. RAMACCIATI, S. GUIDUBALDI, R. GAMBELUNGHE, S. STINCHI

INFERMIERI PRESSO IL PRONTO SOCCORSO E C.O. 118 DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

ESPERIENZA DI PRIMO SOCCORSO NELLE SCUOLE**L'INFERMIERE
COME EDUCATORE****ABSTRACT**

Un corso pilota sul primo soccorso curato da alcuni infermieri di Pronto Soccorso e C.O. 118 e rivolto a due classi di un istituto superiore del capoluogo umbro è l'occasione per approfondire alcuni aspetti sulla natura educativa dell'infermieristica e per presentare i primi risultati di un'esperienza che inaugura un nuovo ed interessante impegno per gli infermieri del Pronto Soccorso e della C.O.118 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

KEY WORDS

Educazione sanitaria, primo soccorso, scuola.

Premessa

La S.C. di Pronto Soccorso – Accettazione – Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) e C.O. 118 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia ha avviato dallo scorso 2008 un processo di Miglioramento Continuo della Qualità, che vede impegnati in una serie di progetti tutto il personale del Servizio^[1]. Tra le cinque aree di intervento, la prima riguarda l'*Organizzazione di attività esterne*. Questa macroarea include tra i suoi progetti, quello "Corsi sul primo soccorso nelle scuole", specificamente dedicato alla progettazione/proposta di interventi formativi rivolto a studenti delle scuole superiori. Il progetto nasce dalla proposta di numerosi infermieri del servizio di

svolgere, anche in forma di volontariato, interventi di educazione sanitaria nelle scuole. Nel seguente articolo, gli Autori, facilitatori del gruppo di lavoro impegnato in questo progetto, presentano brevemente il lavoro preparatorio, la modalità didattico-pedagogica utilizzata ed i primi risultati raggiunti del "corso pilota" svolto presso l'Istituto Professionale Statale per l'Industria e l'Artigianato "Cavour-Marconi" di Perugia del 16 aprile scorso^[2].

Introduzione

È noto che la natura dell'infermieristica è distinguibile in tre componenti: tecnica, relazionale ed educativa. Sebbene ogni elemento sia strettamente congiunto e funzionale all'al-

tro, il più delle volte l'accento è posto sulla *tecne*, anche se non sono infrequenti oggi importanti sottolineature sulla componente relazionale. L'aspetto educativo, tuttavia, resta ancora molto spesso in secondo piano ed occupa, al di là di dedicate e mirate trattazioni^[3], una posizione marginale nell'ambito dei principali contributi infermieristici, che sviluppano approfonditamente il piano tecnico, sempre più quello relazionale, sfiorando solo a volte con brevi cenni quello educativo.

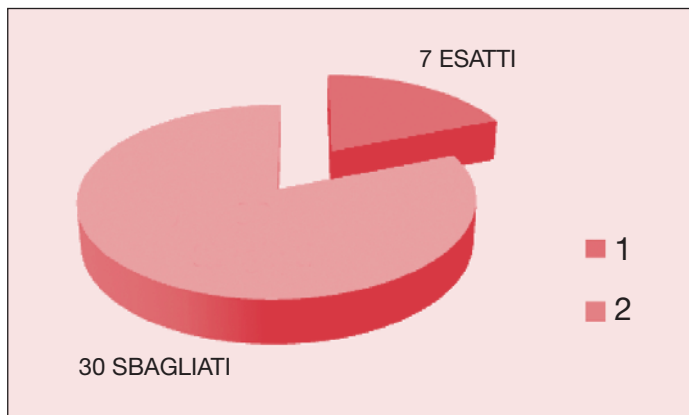
L'infermieristica di pronto soccorso, così come tantissimi altri ambiti assistenziali, presenta numerose occasioni "educative". La natura stessa del rapporto con l'assistito, che nella maggior parte dei casi si esaurisce nel giro di minuti/ore e si



Fig. 1 - Un momento della lezione frontale

risolve con una dimissione, rende spesso necessarie azioni educative sia "terapeutiche", ovvero "preventive", basti pensare alle indicazioni sulla postura e sui movimenti o sui segnali di riconoscimento di possibili complicanze fornite ad una persona affetta da *Compromissione della mobilità correlata ad applicazione di apparecchio gessato per immobilizzazione di frattura*^[4], sia "sanitarie", per esempio sull'uso/attivazione corretta dei servizi di emergenza, pronto soccorso, follow-up, ovvero su particolari stili di vita in particolari condizioni di salute.

L'educazione al primo soccorso è un emblematico esempio di intervento formativo che si configura sia di "educazione sanitaria", sia di "educazione terapeutica": da un lato, infatti, si prefigge di insegnare a riconoscere prontamente le condizioni di pericolo per la vita di una persona come la perdita di coscienza, l'assenza di respiro e l'assenza di circolo, dall'altro punta all'acquisizione di schemi comportamentali in grado di sostenere, in attesa dell'arrivo dei mezzi di soccorso e quindi dei sanitari, le funzioni vitali compromesse con manovre di primo intervento.



Graf. 1 - Risposte alla domanda: *Metti nella giusta sequenza le seguenti azioni nella catena della sopravvivenza*

Materiali e metodi

Il "target" formativo è costituito da ragazzi e ragazze di 15-16 anni, quindi "laici", dove con questo termine si suole indicare persone "non sanitarie". Agli studenti sono state "sostanzialmente" proposte le diapositive utilizzate nei corsi "B.L.S. di Comunità" secondo le linee guida dell'IRC- Italian Resuscitation Council^[5]. Tuttavia vista l'età dei ragazzi, si è cercato di renderle maggiormente fruibili apportando alcune modifiche: è stato cambiato lo sfondo delle diapositive, in modo da renderle meno asettiche e serie. Al posto, quindi, del bianco è stata aggiunta una vignetta colorata e sfumata raffigurante un'ambulanza che arriva in Pronto Soccorso. Inoltre si è ritenuto opportuno modificare la slide inerente la "catena della sopravvivenza", in modo da metterne in risalto soprattutto i primi due anelli: la chiamata al 118 e le manovre di rianimazione cardiopolmonare. In ultimo sono state aggiunte due diapositive inerenti la Centrale Operativa 118 ed il Triage di Pronto Soccorso. La prima con la funzione di far capire in linea generale che cosa è il 118, chi sono gli operatori e l'importanza delle domande poste dall'operatore di centrale ai "chiamanti", percepite spesso dall'interlocutore come una perdita di tempo. La seconda per spiegare la funzione del triage di pronto soccorso. Quest'ultima è stata volutamente inserita come diapositiva finale, immaginando il percorso "reale" dell'infortunato dal territorio all'ospedale.

Nella scuola il progetto, inserito nel corso di scienze, è stato suddiviso in due momenti: la prima parte è stata dedicata alla teoria, la seconda alla pratica su manichino. Prima di iniziare la lezione d'aula è stato sottoposto ai ragazzi un pre-test, per conoscere le conoscenze di base sull'argomento. Lo stesso test è stato ripetuto alla fine del corso, riproponendo le domande in maniera diversa e utilizzando una terminologia più specifica. Questo strumento ci ha permesso di verificare l'efficacia del corso ed il livello di comprensione degli argomenti trattati.

Durante la lezione frontale (Fig. 1) si è scelto un linguaggio comprensibile a giovani adolescenti, introducendo gradualmente i termini tecnici, facendoli sempre seguire da spiegazioni e, ove possibile, da esempi adatti a ragazzi: una persona che perde i sensi può essere vista come una compagna che sviene durante una interrogazione; oppure una persona che non respira può essere paragonato ad un ragazzo in overdose (sic!). Questi accorgimenti hanno consentito di tenere sempre alta l'attenzione dei ragazzi, che hanno partecipato con vivo interesse alla lezione, ponendo domande pertinenti e interessanti. La tenuta d'aula è fondamentale soprattutto in presenza di giovani adolescenti, per questo non si è optato per una lezione frontale tradizionale, bensì interattiva e dinamica. Per favorire la continua interazione con i ragazzi, la lezione è stata svolta a più voci, tutti e quattro i formatori, infatti, hanno svolto una



Fig. 2 - Un momento dell'esercitazione pratica

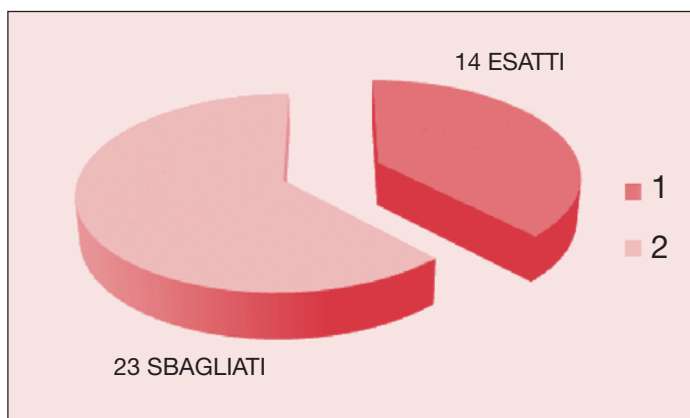
parte concordata della lezione e aperto "finestre" interlocutorie in base alle domande e agli interventi dei ragazzi. La durata stessa della parte teorica è stata volutamente concentrata in un'ora.

La perplessità espressa in fase preparatoria da alcuni docenti della scuola sul possibile rischio di "caduta del livello di attenzione" dei ragazzi, descritto come rapidamente esauribile, in realtà è stata superata grazie alla metodologia impiegata per la tenuta d'aula. Il rispetto dei tempi è, comunque, fondamentale per non "perdere" l'uditorio.

Per quanto riguarda l'esercitazione pratica, questa è avvenuta suddividendo gli alunni delle due classi interessate dal corso pilota, in 4 gruppi di 10 ragazzi, così da permettere a tutti gli studenti di provare "dal vivo" sul manichino d'addestramento, sia le compressioni toraciche, sia la respirazione bocca-bocca, con ottimi risultati (Fig. 2).

Discussione

Come già accennato nel paragrafo dedicato alla metodologia, prima e dopo l'intervento formativo è stato sommini-



Graf. 1 - Risposta alla domanda: Una persona che ha un infarto cardiaco che cosa lamenterà?

strato ai partecipanti un breve e semplice questionario anonimo con lo scopo di conoscere quello che era già noto nell'ambito dell'emergenza sanitaria e per valutare il livello di apprendimento. Inoltre nel test finale è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio sul corso e commentare l'intervento con l'intento di apportare, se necessario, le dovute migliorie.

Nel pre-test, costituito da una batteria di 10 domande a risposta chiusa, i ragazzi hanno risposto correttamente a 5 domande su 10, dopo la lezione le risposte esatte sono state mediamente corrette nel 70% dei quesiti. L'analisi disaggregata delle diverse risposte al test consentirà nel prossimo corso di rafforzare alcuni concetti della parte teorica che non sono stati ben compresi dagli studenti (Graf. 3 e Graf. 4).

Gli istruttori hanno apprezzato sia il livello di apprendimento degli alunni, che il giudizio di gradimento ricevuto dai ragazzi stessi: tra loro il 75% ha espresso la massima valutazione positiva nei confronti del corso e complessivamente più del 95% ha espresso giudizi positivi sulla capacità di coinvolgere gli studenti, sulla chiarezza espositiva degli istruttori e sull'apprezzamento complessivo dell'evento.

Simpatici, ma anche indicativi sul "gradimento" sono stati i commenti liberi dei ragazzi lasciati in calce al questionario di valutazione degli istruttori e del corso: *"grazie a voi! mi è servito tanto ascoltarvi perché ho imparato manovre che mi potranno servire se mi*

dovessi trovare in un caso da voi descritto, ora sono capace, ma spero non capiti mai"; "mi è piaciuto moltissimo, mi ha fatto bene perché non sapevo che dovevo reagire in quel modo quando una persona sta male". "Mi è piaciuto molto e in futuro potrò salvare un mio amico in cose che ho imparato oggi"; "siete stati molto bravi, vi ringrazio per aver imparato tante cose"; "all'inizio si può avere paura di soccorrere una persona, ma quando ci troviamo nel farlo, se vogliamo ce la possiamo fare". "me so divertito!"; "bravi, I love PS"; "I love PS, è stata una bellissima lezione, siete stati bravi e anche io, complimenti"; "espandete i corsi a tutte le classi! è stata una bella esperienza".

Conclusioni

Il momento "educativo" dell'infermieristica anche se ancora troppo spesso "misconosciuto" è parte integrante dell'azione assistenziale di ogni infermiere. Si agisce al letto di un malato, in un ambulatorio, in corsia o in un centro di salute, si documenta ancora troppo poco, ma impegna quotidianamente gli infermieri, anche se spesso inconsapevolmente. Il momento educativo è invece chiaramente evidente nella funzione di docente/formatore dell'infermiere impegnato a condurre un corso di primo soccorso. Il risultato finale di questa esperienza non è positivo solo per gli studenti e per la scuola – così come sintetizzato nelle conclusioni di un comunicato scolastico on-line: *"L'attenzione e la partecipazio-*

ne sono state eccellenti, dimostrando ancora una volta che se i ragazzi vengono saggiamente motivati e coinvolti, riescono ad esprimere tutte le loro potenzialità sia in termini di attenzione che di competenza. – tanto che – *Per il prossimo anno scolastico, l'IPSIA ha già in programma un'estensione del progetto ad altre 18 classi, con un intervento mensile continuativo. La scuola ringrazia vivamente gli operatori intervenuti per la loro disponibilità e competenza"*^[2] – ma anche per gli operatori che hanno sperimentato un nuovo e coinvolgente modo di essere infermieri.

Nota degli Autori

Gli Autori hanno contribuito equamente alla realizzazione dell'articolo: Nicola Ramacciati (393/5739863), Infermiere Coordinatore – S.C. di Pronto Soccorso; Sara Guidubaldi, Infermiera – S.C. di Pronto Soccorso; Roberta Gambelunghe, Infermiera – S.C. di Pronto Soccorso; Sara Stinchi, Infermiera – C.O. "118 - Umbria Soccorso" di Perugia. 

BIBLIOGRAFIA

- [1] RAMACCIATI N., Empowerment in Pronto Soccorso, *Emergency Oggi*, 15 (4): 18-22.
- [2] <http://xoomer.virgilio.it/fimaiolo/eventi.htm>.
- [3] D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRE R., *Educare il paziente*, Milano, Mc Graw-Hill, 2006.
- [4] WILKINSON J.M., *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2005, p. 516.
- [5] I.R.C. Italian Resuscitation Council, *B.L.S. di Comunità*, Bologna, I.R.C., 2005.

L'ABUSO SESSUALE NEI MINORI E L'INFERMIERE ESPERTO AL TRIAGE

GESTIONE DI UN'URGENZA-PROPOSTA DI PROTOCOLLO

ABSTRACT

Premesse: In ogni Pronto Soccorso pediatrico accedono spesso bambini maltrattati e sottoposti ad abuso sessuale. Un ruolo fondamentale è svolto dall'Infermiere del Triage, poiché è qui che avviene il primo contatto del bambino abusato con la struttura sanitaria. L'Infermiere introduce i nuovi arrivati in un luogo sconosciuto e ansiogeno e avvia il percorso assistenziale. La relazione assistenziale di aiuto è molto condizionata nel momento dell'accoglienza, in cui tutto lo staff è coinvolto.

Scopi: Verificare la rilevanza del fenomeno nella realtà d'indagine e proporre un protocollo infermieristico in PS/DEA di iniziale inquadramento e gestione dell'abuso sessuale. Il protocollo ha l'obiettivo di migliorare il coordinamento di tutte le istituzioni e favorire, senza diminuire le garanzie processuali, assistenza e protezione al minore, di modo che gli interventi da attuare siano quelli strettamente necessari.

Materiali e metodi: Indagine retrospettiva sui casi di sospetto abuso su minore registrati al PS dell'A.O.U. "Meyer" di Firenze dal 01/01/2006 al 31/12/2006. Analisi di tutte le schede di Triage computerizzate e cartelle cliniche di PS.

Risultati: Sono stati analizzati: il sesso dell'abusato, lo stato sociale di appartenenza, la modalità di abuso, la frequenza, l'accompagnatore in PS, la segnalazione alle forze dell'ordine. Sono risultati 35 casi di sospetto abuso tra cui 19 sospetti abusi sessuali e 16 maltrattamenti.

Conclusioni: Il problema "abuso" è frequente anche se non quotidiano. La mancanza di conoscenza ne facilita la sottostima. L'Infermiere ha maggiori difficoltà e responsabilità quando si trova di fronte ad un bambino abusato sessualmente a partire dal suo ingresso in ospedale (Triage) fino alla sua dimissione. Il Protocollo proposto puntualizzando il percorso del bambino esplicitando le buone pratiche necessarie consente di gestire questi casi garantendo ai bambini abusati una maggior tutela.

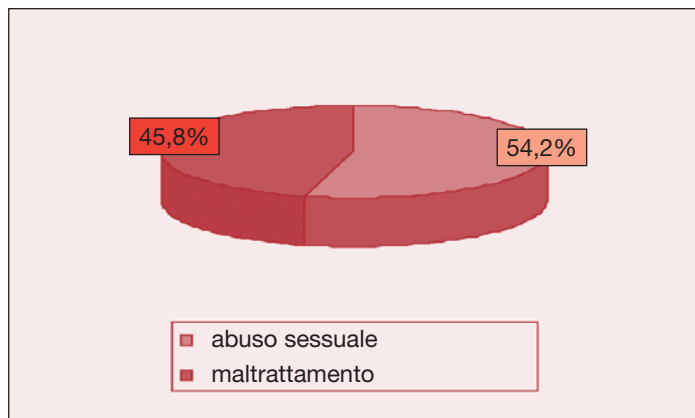
Introduzione

Il triste fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sessuale ai danni dei bambini (Child Abuse), è purtroppo sempre presente nella nostra società, e si manifesta in forme nuove, anche in relazione ai flussi migratori. È necessario predisporre gli strumenti perché i nostri

ospedali, assumano un ruolo attivo nell'evidenziare e contrastare precocemente situazioni sconosciute di abuso, di ogni tipologia. Questo non solo per poterle trattare, ma anche per poter inviare precocemente le vittime alle strutture idonee, che possano curare le conseguenze psicologiche dell'abu-

so, particolarmente gravi nell'età evolutiva.

Sappiamo infatti che tale è la migliore prevenzione degli abusi futuri, in quanto, spesso l'abusato di oggi, se non adeguatamente aiutato a superare le conseguenze del trauma subito, ha la possibilità un domani di diventare egli stesso carnefice.



Graf. 1 - Tipologia di abuso

Motivazione obiettivi

L'idea di questo elaborato parte dall'esperienza personale di lavoro in Pronto Soccorso - Dipartimento Emergenza Accettazione (PS-DEA) Pediatrico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "A. Meyer di Firenze".

Da circa due anni nell'Ospedale "Meyer" ed in particolare in P.S. opera un gruppo chiamato "G.A.I.A." (Gruppo Abusi Infanzia Adolescenti) composto da professionisti medici pediatri, psicologi, chirurghi, ginecologi, dedicato ai piccoli abusati, che grazie alla presenza di un Ambulatorio e di un Day-hospital gestisce le segnalazioni di sospetto maltrattamento o abuso sessuale che giungono alla loro attenzione da qualunque reparto dell'Ospedale.

Inoltre collabora con le Istituzioni e servizi che si occupano delle problematiche di abuso e maltrattamento dei minori come: Tribunale per i Minorenni, Tribunale Ordinario, Forze dell'Ordine, Servizi dei Distretti Socio-Sanitari, Servizi Sociali dei Comuni, Case-Famiglia, Istituto degli Innocenti, Associazio-

ni che operano nel sociale ed ogni altro ente interessato.

Il G.A.I.A. opera con diversi compiti tra cui: Raccogliere, valutare e documentare il caso, valutarne l'entità, agevolare la segnalazione all'A.G., indirizzare al Servizio Sociale per la presa in carico, assicurare tutte le terapie necessarie ed il follow-up (per quanto di competenza), fornire un supporto agli Enti preposti, partecipare alle attività Interistituzionali quali: "Tavolo Permanente..." e "Tavolo sull'Infanzia e Adolescenza" del Comune di Firenze. Gli operatori dell'Ospedale quindi, possono indirizzare a visite successive un bambino senza destare allarme o preoccupazione nei familiari, e senza che l'episodio sia "bollato" come abuso magari senza fondamento.

Tali segnalazioni possono provenire dal primo diretto acceso alla struttura del piccolo con sospetto di maltrattamento: il Triage in primis ed il reparto di PS-DEA in secundis. Da qui l'esigenza e la proposta, di creare in PS un protocollo infermieristico di iniziale inquadramento e gestione del caso

per questa particolare forma di violenza. Il protocollo infermieristico applicabile ai casi di abusi sessuali (e altri maltrattamenti ai minori), si riferisce a tutti gli interventi che l'Infermiere deve eseguire nella gestione dell'accaduto.

La finalità del Protocollo è di migliorare il coordinamento di tutte le istituzioni e favorire, senza diminuire le garanzie processuali, assistenza e protezione, di modo che gli interventi da attuare con il minore debbano essere unicamente quelli strettamente necessari, evitando così la ripetizione di accurate testimonianze ed interrogatori del minore, che peggiorano la delicata situazione emozionale e la vittimizzazione del già provato paziente.

In questo lavoro, ho evidenziato in particolare le competenze richieste all'Infermiere Esperto nella gestione del bambino abusato sessualmente, riconoscendo che l'Infermiere ha maggiori difficoltà e responsabilità quando si trova di fronte ad un bambino abusato, rispetto ad altre patologie. L'infermiere ha un ruolo centrale nella sua assistenza, a partire dal suo ingresso in ospedale per evitare un impatto traumatico con tale istituzione, fino alla sua dimissione.

Ogni Infermiere che si avvicina ad un bambino violato, non può prescindere dal prendere in considerazione le dinamiche psicologiche di un essere umano ancora molto fragile, poiché bisognoso di protezione e figure di riferimento. Lo scopo di questo lavoro è di poter creare ed utilizzare un protocollo di gestione del bam-

bino abusato sessualmente che accede al PS, disponibile e ripetibile per qualunque operatore infermieristico si trovi in quel momento al Triage a valutare un sospetto di abuso.

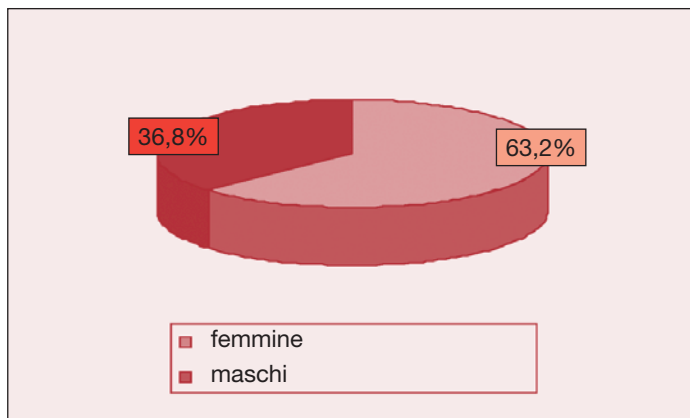
A questo proposito si è proceduto a raccogliere, per un anno, i dati relativi agli accessi in PS (periodo dal 1.1.2006 al 31.12.2006) di tutti i sospetti abusi su minori ricostruendone la gestione ed il trattamento infermieristico, e soffermandosi in particolare sui casi di abuso sessuale.

Tale operazione, pur con l'ausilio del sistema informatico, si è rivelata complessa per la mancanza di riferimento diagnostico univoco: un sospetto abuso poteva venir codificato in Triage con Codice Colore inappropriato o la diagnosi di uscita poteva essere fuorviante. L'importanza di un comportamento standardizzato definito da un protocollo, trova la sua motivazione nella corretta accoglienza e gestione del paziente, inoltre offre la possibilità di una più adeguata valutazione del fenomeno che rischia altrimenti di venire sottostimato.

Materiali e metodi

In un periodo di un anno: dal 1/1/2006 al 31/12/2006 è stata realizzata un'indagine retrospettiva sui casi di sospetto abuso su minore registrati al PS dell'A.O.U. "Meyer" di Firenze, analizzando tutte le schede di Triage computerizzate e le cartelle cliniche di Pronto Soccorso.

Nello studio sono stati presi in considerazione alcuni parametri in grado di evidenziare le caratteristiche proprie dell'abu-



Graf. 2 - Sesso del minore abusato

sato, il tipo di percorso intrapreso dal personale infermieristico al momento dell'accoglienza. Sono stati pertanto raccolti i dati relativi a: il sesso dell'abusato, lo stato sociale di appartenenza del piccolo e della famiglia, la modalità di abuso, la frequenza di presentazione in PS, l'accompagnatore al PS, il codice Colore di Priorità assegnato dall'Infermiere di Triage e la segnalazione alle forze dell'ordine.

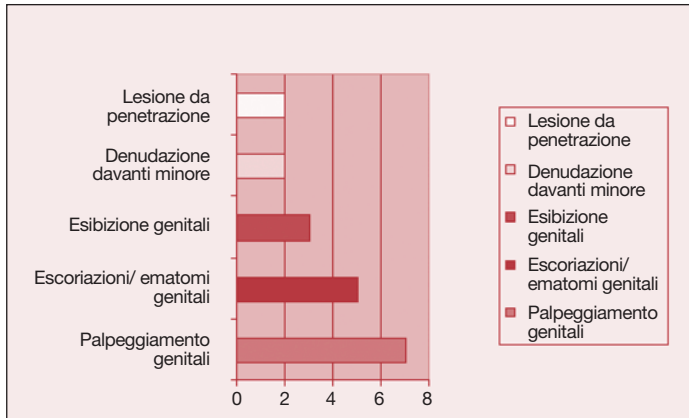
Risultati

Da tale ricerca è emerso che in un anno si sono avuti 35 casi, con una media di circa 3 episodi al mese. Di questi 35 casi, 19 erano sospetti abusi sessuali su minori, corrispondente al 54.2%, del totale (19/35 = 54.2%) e 16 erano sospetti maltrattamenti su minori corrispondente al 45.8% del totale (16/35 = 45.8%) (Graf. 1).

Dai dati raccolti (19 casi di abuso sessuale) è emerso un campione caratterizzato da una preponderanza di segnalazioni per il sesso femminile rispetto al maschile con 12 casi su femmine, e 7 su maschi (63.2% femmine, 36.8% maschi) (Graf. 2).

La tipologia di abuso sessuale riscontrato più frequentemente è risultato: 7/19 (36.8%) casi di palpeggiamento dei genitali del minore da parte dell'abusante, di questi 3/7 (42.8%) erano maschi e 4/7 (57.2%) femmine.

- 5/19 (26.3%) casi di escoriazione o ematomi o lacerazioni superficiali a carico dei genitali del minore da parte dell'abusante, di questi 2/5 (40%) erano maschi e 3/5 (60%) femmine.
- 3/19 (15.7%) casi di esibizione dei genitali da parte dell'abusante, di questi 1/3 (33.3%) era maschio e 2/3 (66.7%) femmine.
- 2/19 (10.5%) casi di denudazione del minore da parte dell'abusante, di questi 1/2 (50%) era maschio e 1/2 (50%) femmina.
- 2/19 (10.5%) casi di lesioni da penetrazione di oggetti a livello genitale del minore da parte dell'abusante, di questi 0/2 (0%) erano maschi e 2/2 (100%) femmine (Graf. 3, Graf. 4)

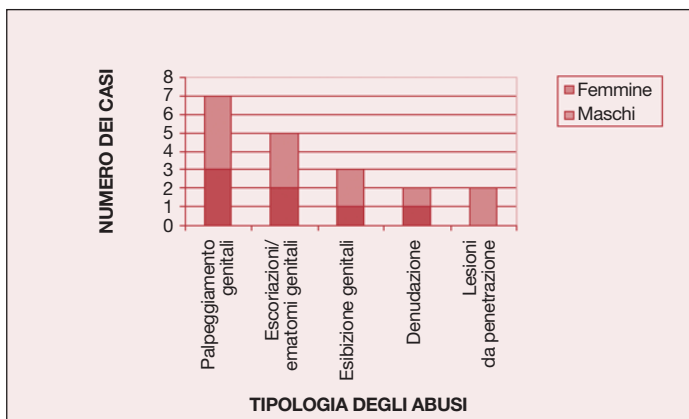


Graf. 3 - Tipologia dell'abuso sessuale

L'età media riscontrata dell'evento traumatico è risultata di 7,3 anni; la mediana di 6 anni. Inoltre si sono riscontrati casi di reiterato accesso: 8/19 (42.1%) con la stessa modalità di presentazione. L'accompagnatore del bambino al P.S. è risultato in 14/19 casi (73.6%) la madre, in 3/19 casi (15,7%) il padre, e in 2/19 casi (10,5%) le Forze Dell'Ordine. (Graf. 5).

Dall'anamnesi la condizione familiare risultata: condizione di separazione tra coniugi in 12/19 casi (63.1%), disagiata in 5/19 casi (26.3%), normale in 2/19 casi (10.5%) (Graf. 6).

L'abusante risulta essere il padre in 9/19 (47.3%) casi; un parente (zio, cugino, nonno, etc) in 5/19 (26.3%) casi; un estraneo in 5/19 (26.3%) casi. Dall'analisi delle relazioni vittima-autore di reato viene confermata la relazione di conoscenza tra l'autore e la propria vittima. Viene a cadere l'illusione che l'abuso sessuale sia una violenza perpetrata da sconosciuti: i principali pericoli, come i dati attestano, sembrano derivare invece da persone ben note alla vittima. Nello specifico sono comunque i genitori i principali artefici degli abusi. Essi rappresentano, nella casistica



Graf. 4 - Tipologia dell'abuso per sesso

in esame, la categoria con percentuali più elevate (Graf. 7).

Da questa ricerca è apparso che l'attribuzione del Codice Colore di Priorità al Triage da parte degli Infermieri nei 19 casi di sospetto abuso sessuale non è stata adeguata. E' stato attribuito un Codice Colore di Priorità Giallo solo in 7/19 (36.8%) casi; Verde in 10/19 (52.6%) casi; e Bianco in 2/19 (10.5%) casi (Graf. 8).

Nel territorio Fiorentino i delitti contro la persona sono intorno a 50-80 ogni 1000 abitanti e i casi di abuso su minore variano stabilmente fra 20 e 35 ogni anno, da circa 20 anni. I casi segnalati dal Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale "A. Meyer", sempre in riferimento alla cosiddetta area degli abusi, cioè segnalazioni di reati contro minori e contro la famiglia, sono variabili fra 19 e 35 l'anno, da ormai 20 anni. La quota femminile rappresenta la maggioranza del totale fra le vittime di abusi, dal 68% all'84% nel 2003 (dati ISTAT su statistiche giudiziarie penali, e dati Questura di Firenze).

Protocollo di gestione al Triage del bambino con sospetto abuso sessuale

L'accesso di ogni piccolo paziente al Pronto Soccorso, rappresenta un momento importante per l'Infermiere al Triage. È "l'incontro", il momento della presentazione tra operatore e bambino di estrema delicatezza ed importanza: ogni gesto o parola può far alterare un equilibrio ancora in formazione. Questo è ancor più evidente

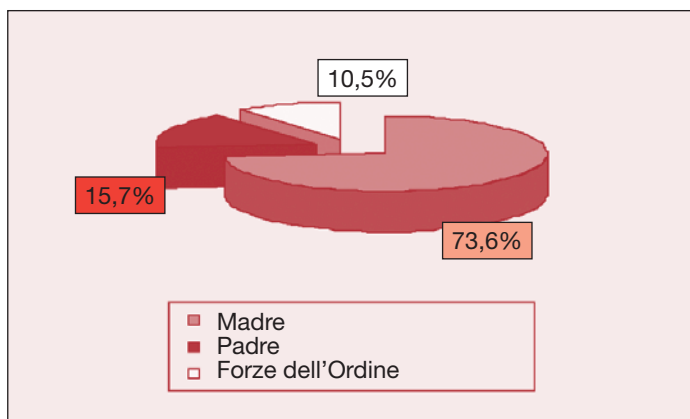
quando si sospetta un abuso sul minore. Da qui ne deriva l'importanza di stilare un protocollo assistenziale validato e condiviso dalle varie figure professionali, nel quale sono descritti i comportamenti professionali che devono essere adottati sistematicamente dal gruppo di lavoro. Tutto questo permetterà agli operatori di concentrare l'attenzione sul bambino e sugli interventi necessari con minor ansia, accrescendo la probabilità di evidenziare con maggiore accuratezza il fenomeno. In questo modo tutti conosceremo l'organizzazione del nostro intervento, lo pianifichiamo e seguiremo nelle varie fasi. Per poter comprendere il protocollo ovviamente ogni operatore dovrebbe avere una conoscenza generale del problema.

Protocollo

Scopo

La gestione del bambino abusato in P.S./DEA è un processo d'estrema complessità. Un bambino con sospetto abuso deve essere inquadrato da un punto di vista diagnostico e psicologico in tempi brevi; un approccio multidisciplinare contemporaneo, coordinato da un Infermiere esperto (team leader) è di fondamentale importanza per ridurre i tempi di attesa e ottimizzare la condotta terapeutica.

Per questo ogni P.S. in particolar modo quelli pediatrici devono utilizzare protocolli validati e condivisi dalle diverse figure professionali che intervengono nella gestione del bambino abusato e periodicamente aggiornati.



Graf. 5 - Accompagnatore PS della vittima

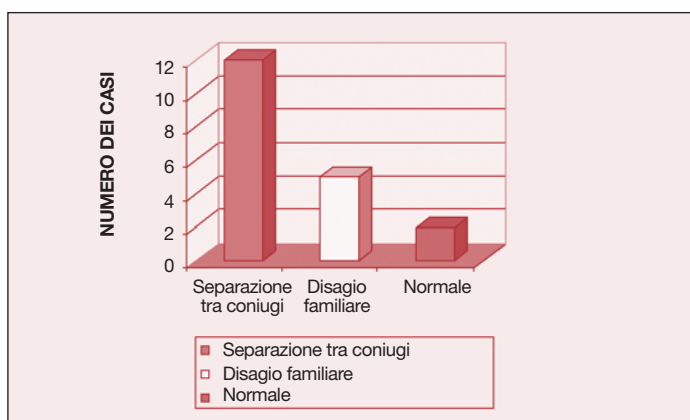
Campo di applicazione

Questo protocollo verrà applicato dagli Infermieri del P.S./DEA dell'Ospedale Pediatrico "A. Meyer" di Firenze a tutti quei bambini che giungono presso di esso con causale di sospetto abuso sessuale e/o maltrattamenti, certezza diagnostica di abuso sessuale e/o maltrattamento e situazioni di rischio.

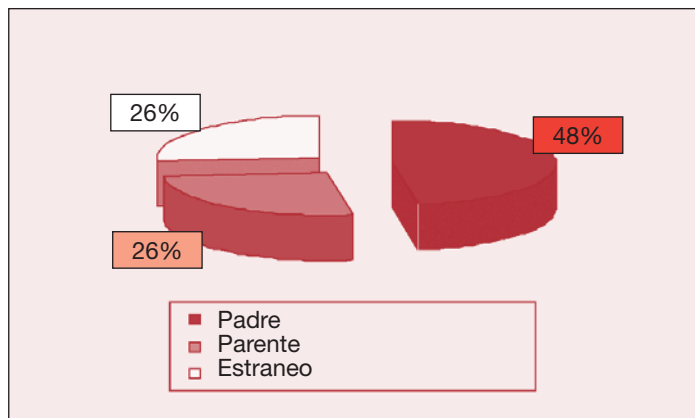
Monitoraggio del protocollo

Si dovrà nominare una commissione di monitoraggio del protocollo con una periodicità minima di riunioni di 6

mesi. Questa commissione dovrà essere composta da: infermieri di P.S., medici pediatri di P.S., e le varie figure professionali facenti parte del gruppo G.A.I.A. Questa commissione deve stabilire un procedimento di valutazione sistematica dei risultati di questo protocollo. Ciascuna delle figure professionali rappresentate in questo protocollo è tenuta ad applicare e a sorvegliare sull'applicazione del protocollo da parte di tutte le figure professionali che si adoperano in P.S., gli accordi e le raccomandazioni esplicitate in questo documento.



Graf. 6 - Condizione familiare della vittima



Graf. 7 - Identità abusatore

Presupposti per l'attuazione del protocollo

- Conoscenza generale del problema;
- Conoscere il team (G.A.I.A.) e sua contattabilità;
- Riconoscere gli indicatori di abuso potenziali;

Contenuto

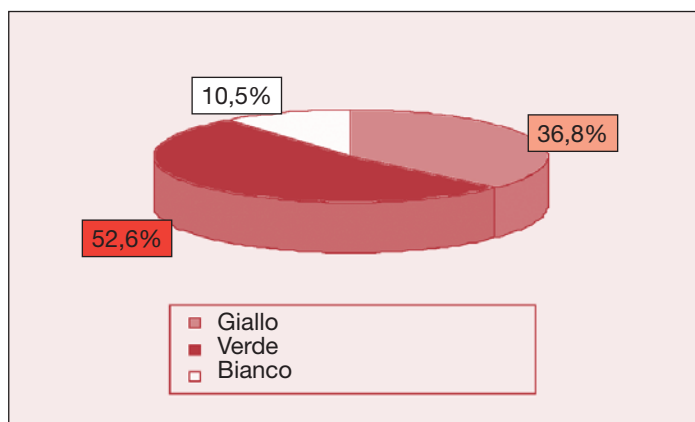
Protocollo infermieristico in PS

Accesso in P.S. di un bambino con sospetto abuso sessuale:

- Accogliere il minore e accompagnatore al Triage dedicando il tempo necessario a costitui-

re una adeguata interazione di fiducia con il paziente;

- Ricercare un luogo di ascolto adeguato senza distrazioni esterne nel rispetto della privacy, creando un clima rilassato, stabilendo un contatto visivo con il bambino;
- Non influenzare e suggerire il racconto al minore;
- Identificare le condizioni di rischio (famiglie disagiate, diversi accessi per lo stesso motivo) e segnalarle allo staff;
- Eseguire un esame obiettivo per rilevare eventuali segni fisici (indicatori di abuso);



Graf. 8 - Codice colore di priorità in Triage per sospetto abuso

- Inserire i dati riferiti e constatati nella scheda di Triage computerizzata (importante anche per la stima del fenomeno), precisando chi riferisce il caso, chi è l'accompagnatore del minore e chi è l'abusante;

- Assegnare il Codice Colore di Priorità Giallo, poiché esiste una criticità psicologica tale da dover essere valutata in tempi rapidi, garantendo un percorso preferenziale al bambino ed evitando soste prolungate in luoghi non idonei (è opportuno nei casi di sospetto abuso, proteggere il piccolo paziente dall'ambiente esterno, portarlo in un luogo sicuro, dove non si senta minacciato e non rischi un nuovo incontro con l'abusatore);

- Prestare Assistenza Infermieristica durante la visita medica;

- Attivare il gruppo G.A.I.A. (Gruppo Abusi Infanzia Adolescenti presente all'interno dell'Ospedale "Meyer" di Firenze);

- Denunciare all'Autorità Giudiziaria tutti i casi sospetti (anche l'Infermiere è responsabile della denuncia in quanto pubblico ufficiale).

Protocollo infermieristico in Dea

- Conservare con cura vestiti o altri capi (fazzoletti, slip, asciugamano, lenzuola), non lavati;

- Non lavare la cute, le mucose della bocca e della regione ano-genitale fino a quando non sarà completato l'esame generale da parte dei vari specialisti;

- Fare massima attenzione al momento del "passo";
- Identificare gli accompagnatori;
- Valutare le reazioni del bambino in loro presenza;
- Segnalare eventuali comportamenti anomali, del minore e/o degli accompagnatori;
- Evitare riferimenti diretti al tipo di problema;
- Rimuovere o allontanare presidi che potrebbero essere pericolosi in determinate circostanze;
- Osservare e segnalare eventuali somministrazioni di cibi, bevande e/o medicinali non prescritti, da parte degli accompagnatori e/o altri;
- Controllare periodicamente KIT per diagnosi di abuso;
- Dimostrare disponibilità a parlare dell'abuso di nuovo in ogni momento;
- Consegnare a bambino foglio per disegni a colori: i disegni possono aiutare il bambino ad esprimersi fornendogli un modo alternativo al linguaggio comune, possono disegnare ciò che è avvenuto in questo modo può trasparire il loro stato d'animo;
- Collaborare con le varie figure professionali (pediatri, psicologi ecc).

Conclusioni

L'abuso nei minori rappresenta da sempre un argomento delicato che pone l'operatore sanitario di fronte alla difficoltà di apprezzare ed assistere correttamente il piccolo paziente. Questo trova la sua giustificazione per le reazioni per-



ORARI DELL'UFFICIO AL PUBBLICO

COLLEGIO DI TERNI

Si comunica agli iscritti del Collegio IP.AS.VI. di Terni che in concomitanza delle feste natalizie la segreteria non effettuerà l'apertura al pubblico nei seguenti giorni:


GIOVEDÌ 24 DICEMBRE 2009 CHIUSO

GIOVEDÌ 31 DICEMBRE 2009 CHIUSO ●

sonali e gli stati d'animo che evoca (paura, sdegno, rabbia), per la difficoltà mentale di accettare che il fatto denunciato sia realmente accaduto; il commento immediato e spontaneo di chi riceve una notizia di abuso, è del tipo: "non è possibile", "non può essere vero". Inoltre la non quotidiana presentazione in PS del problema disorienta gli operatori.

Spesso nella pratica non si riconosce o si sottovaluta il racconto dell' evento traumatico. Analizzando questi elementi, e sulla base dei dati raccolti nel lavoro presentato, si è vista l'esigenza di stilare un protocollo per la gestione di questi casi in grado di fornire uno strumento fruibile ad ogni operatore in P.S. Questo dovrebbe permettere di accogliere, seguire ed accompagnare in un cammino di recupero le piccole vittime.

Le aspettative di questo protocollo sono quelle di riuscire a portare ad una maggiore conoscenza del problema, con migliore trattamento dello stesso.

Questo documento offrendo una via codificata di trattamento, dovrebbe facilitare le operazioni assistenziali e indirizzare gli utenti verso un cammino prestabilito con figure professionali specifiche e competenti. 

BIBLIOGRAFIA

- [1] ADAMS J.A., Medical evaluation of suspected child abuse, *J. Pediatr Adolesc Gynecol*, 17: 191, 7, 2004.
- [2] AGNOLI F., GHETTI S., Testimonianza infantile e abuso sessuale, *Età evolutiva*, pp. 66-75, 1995.
- [3] BRITTEL M., ET AL., Raccomandazioni per il lavoro nel campo della protezione dei bambini nelle cliniche pediatriche e nei reparti di pediatria, *Società svizzera di pediatria e chirurgia pediatrica*, giugno 2001.
- [4] Carta di Noto, *Regole per l'esame del minore in caso di abuso sessuale*, Noto, 6-9 giugno 1996.
- [5] CESA BIANCHI M., SCABINI E. (a cura di), *La violenza sui bambini*, Franco Angeli, Milano 1993.
- [6] CROSS T.P., DE VAS E., WHITCOMB D., Prosecution of Child Sexual Abuse. Which Cases Accepted?, 1994, *Child Abuse and Neglect*, 18, 8: 661-677.
- [7] DEL VECCHIO S., L'indagine medico-legale nel delitto di violenza sessuale sui minori in: Giommi R., Perrotta M. (a cura di) *Pedofilia. Gli abusati, gli abusati, gli abusanti*, Edizione del Cerro, pp. 152-153, Firenze 1997.
- [8] MONTECCHI F., Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico, *La nuova Italia Scientifica*, pp. 17-19.
- [9] MONTECCHI F. (a cura di) *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*, FrancoAngeli, Milano 1998.
- [10] RIALTI S., PETRONE L.B., Chi ha paura del lupo cattivo?, *Manuale di prevenzione degli abusi sessuali per genitori, insegnanti, operatori, Self-help*, pp. 38-41.
- [11] SGROI, S.M., Handbook of clinical intervention in child sexual abuse, *Lexington Book*, Lexington, 1982.

DELIBERATI I CREDITI FORMATIVI

E.C.M. 2007-2009

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

ANNO 2007

CURE PRIMARIE: L'INFERMIERE E IL CITTADINO OLTRE L'OSPEDALE 19 OTTOBRE

Organizzato dal Coordinamento Collegi IP.AS.VI. dell'Umbria, tenutosi presso l'Albornoz Palace Hotel di Spoleto, assegnando all'evento stesso **8 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/2/2008).

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 I° EDIZIONE 10-12-17-24-31 OTTOBRE 7-14-21-28 NOVEMBRE 5 DICEMBRE

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio assegnando all'evento stesso **10 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/2/2008)

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

L'EBN E LA PRATICA CLINICA I° EDIZIONE 15-22-29 NOVEMBRE

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio **15 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/2/2008)

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

ANNO 2008

INGLESE SCIENTIFICO DI BASE II° EDIZIONE 13-20-27 FEBBRAIO 5-12-19-26 MARZO 2-9-16 APRILE

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio, assegnando all'evento stesso **10 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 10321 del 17/11/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

L'EBN E LA PRATICA CLINICA II° EDIZIONE 15-22-29 APRILE

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

del Collegio **15 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008)

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

LA COMPETENZA INFERMIERISTICA: QUALE CONTRIBUTO AL SISTEMA SANITARIO E AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA 12 MAGGIO

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso Centro Bufalini, Città di Castello, assegnando all'evento stesso **6 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie del Collegio.

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA 10 OTTOBRE

Organizzato dal Coordinamento Collegi IP.AS.VI. dell'Umbria, tenutosi presso Auditorium Enea Urbani, Passignano sul Trasimeno, assegnando all'evento stesso **9 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'an-

no 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 1303 del 17/2/2009).

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 III° EDIZIONE

15-22-29 OTTOBRE
5-12-19-26 NOVEMBRE
3-1-15 DICEMBRE

Organizzato dal Collegio IPAS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio, assegnando all'evento stesso **10 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 10321 del 17/11/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

L'EBN E LA PRATICA CLINICA III° EDIZIONE

Organizzato dal Collegio IPAS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio, **15 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).


Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

ANNO 2009

GLI INFERMIERI NELLA SOCIETÀ CHE CAMBIA SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICHE, RELAZIONALI, MANAGERIALI

30 GENNAIO

Organizzato dal Collegio IPAS.VI. di Perugia, tenutosi presso il Park Hotel di Ponte San Giovanni (Pg), assegnando all'evento stesso, **8 CREDITI FORMATIVI E.C.M. PER L'ANNO 2009** (Determinazione Dirigenziale n. 7377 del 4/8/2009).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie del Colleio. 

a cura del collegio di Terni

GLI APPUNTAMENTI CON LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica

CREDITI ECM 50

Per informazioni contattare la segreteria organizzativa: Selene
Tel. 011/7499601 Fax 011/7499576
ciics@seleneweb.com - www.seleneweb.com

■ **ROVERETO (TN)**

20 GENNAIO 2010

L'assistenza e la relazione di cura nel "fine-vita"

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa: Format
tel. 0533.713275 - fax 0533.717314
info@formatsas.com - www.formatsas.com

■ **SPOLETO (PG)**

23 GENNAIO 2010

IV Perugia Meeting on eating disorders

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa: Moretti Patrizia
tel. 075.5784468 - fax 075.5783183
patriziamoretti2002@libero.it

■ **MILANO**

30 GENNAIO 2010

Professione infermieristica tra cultura e competenze: rifletti con il Gpain

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa: CNAI
tel. e fax 02/58325428
cnaic@libero.it - web www.cnai.info

■ **ROMA**

13 FEBBRAIO 2010

Il dolore e le lesioni cutanee

CREDITI ECM 7

Segreteria organizzativa: A.I.S.Le.C.
Cell. 340.1644020
segreteria@aiselec.it - www.aiselec.it

■ **PERUGIA**

9 APRILE 2010

Cosa ci metto sopra? **Corso pratico sull'uso delle medicazioni nella cura locale delle lesioni cutanee**

IN FASE DI ACCREDITAMENTO

Segreteria organizzativa: A.I.S.Le.C.
Cell. 340.1644020
segreteria@aiselec.it - www.aiselec.it ●



*Tanti Auguri
di Buone Feste
e Felice Anno Nuovo
a tutti i Colleghi
e alle Loro Famiglie*

www.ipasviperugia.it
www.ipasviterni.com