

UNA IMPORTANTE SFIDA PROFESSIONALE: IMPARARE DALL'ERRORE

a cura del Consiglio Direttivo

Introduzione

Negli ultimi mesi sono pervenute in Collegio alcune lettere di iscritti che denunciano fatti e comportamenti strettamente connessi all'attività infermieristica. All'interno del Consiglio Direttivo e del Comitato di Redazione si è discusso a lungo dei pro e contro legati ad un'eventuale pubblicazione.

Si poteva argomentare contro la pubblicazione di scritti che potrebbero essere utilizzati, da chi ne ha interesse, contro la professione infermieristica; si poteva pensare ad una dissertazione asettica sull'argomento, poco coinvolgente e che, forse, sarebbe passata inosservata; si poteva, infine, optare per un opportunismo campanilista.

Ritenendo maturi i tempi (e la professione) per permettersi anche una forte autocritica, comunque costruttiva, è stata scelta una lettera-memorale che, per attualità e completezza, rappresenta lo spunto per una decisione coraggiosa: dedicare un numero speciale alle tante sollecitazioni che questa offre.

Il testo della lettera è avvincente e si legge d'un fiato, tuttavia i fatti citati, al di là di tante considerazioni, impongono un momento di riflessione professionale. Non si discute nel merito delle scelte dell'autrice o dell'individuazione delle diverse responsabilità che vanno accertate nelle sedi competenti. Non emergono sufficienti dati per giudicare né tanto meno l'intento è di esprimere un giudizio morale sulle categorie professionali coinvolte. E' una occasione per porre la lente d'ingrandimento sulla responsabilità deontologica e professionale legata alle competenze infermieristiche. In quest'ottica, al termine del testo (pubblicato integralmente con la sola omissione di riferimenti a luoghi e persone) i componenti della Redazione hanno elaborato dei commenti sui principali temi descritti. Si ritiene, comunque, che la riflessione e il dibattito, su questi e altri temi non commentati,

EDITORIALE



vada aperta a tutti gli iscritti, un invito, pertanto, ad inviare le vostre riflessioni e i vostri commenti, che verranno pubblicate sui prossimi numeri.

Le informazioni riportate nella lettera firmata, per le situazioni paradossali descritte, sono sconvolgenti tuttavia i dati che si ottengono sono utili per poter riflettere, quali professionisti, su come trasformare errori o situazioni d'errore in elementi di miglioramento concreto.

Per fare ciò sono necessarie regole, strumenti, metodo, rigore metodologico, volontà, trasparenza, ma soprattutto un deciso cambiamento di mentalità nell'approccio all'errore stesso.

Parlare di errore è limitativo, dobbiamo parlare di un percorso che lega tre elementi distinti, ma ugualmente importanti che sono il **rischio**, **l'errore** come frutto del rischio e il **danno** che dall'errore stesso può derivare alla persona.

Ma che cos'è "l'errore umano"?

E' il fallimento del portare a termine come nelle intenzioni, una azione predeterminata pianificata, cioè un errore di esecuzione, oppure l'uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo: errore di pianificazione.

Inoltre, **l'evento avverso**, è un danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipende dalla sua malattia, oppure un mancato infortunio, un incidente di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere sul paziente.

Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevedibile ed è un fenomeno generato dall'intrecciarsi di errori individuali ed errori organizzativi.

Quest'ottica di esaminare gli errori però non fa parte della nostra cultura: noi ci concentriamo di fronte ad un errore fondamentalmente sugli errori individuali. Non teniamo quasi mai conto degli errori insiti all'interno dell'organizzazione.

Un ulteriore concetto per la gestione degli errori è **l'evento sentinella**.

L'evento sentinella è un indicatore sanitario la cui soglia di allarme è uno: basta che l'evento si manifesti e si verifichi una volta perché si renda necessaria un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o ridicibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Esempi di eventi sentinella sono l'errore di terapia, cadute, in-

fezioni ospedaliere, suicidi, morti perinatali, lesioni da compressione, strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico, reazione trasfusionale conseguente a incompatibilità ABO, morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico, ecc...

Tra le funzioni svolte dal Ministero della Salute assume particolare rilievo la valutazione e il controllo dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Nell'ambito di tale attività, il Ministero della Salute ha avviato nel luglio del 2005 un protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella (1), con lo scopo di giungere alla definizione di una modalità univoca e condivisa di sorveglianza di tali eventi sul territorio nazionale.

Il sistema di monitoraggio degli eventi sentinella ha lo scopo principale di costruire nell'ambito del sistema sanitario nazionale la **cultura dell'apprendere dagli errori**, che costruisce il fondamento di tutte le metodologie per la gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente.

Infatti è noto che uno dei più frustranti aspetti della sicurezza dei pazienti è l'apparente incapacità dei sistemi sanitari di imparare dai loro errori.

Sarebbe indubbiamente tranquillizzante pensare che il proprio lavoro possa essere definito da una serie di procedure standardizzate. Il lavoro con la sofferenza umana, però non si lascia facilmente "ingabbiare" in insegnamenti teorici definiti: potremmo dire che "la pratica del lavoro dell'uomo con l'uomo" oltrepassa la semplice applicazione del sapere codificato (Mistura S. 1995) (2)

"Errori tragici continuano a verificarsi in molte situazioni e in tutte le organizzazioni sanitarie. La migliore soluzione a tale problematica è lo studio dei nostri errori e la condivisione delle conoscenze apprese tramite lo sviluppo dei sistemi di segnalazione degli eventi avversi" (Lucian Leape ; Who) (3)

L'analisi delle cause e dei fattori contribuenti ha lo scopo di identificare i fattori primari che possono aver contribuito all'occorrenza dell'evento avverso tramite l'applicazione di una metodologia di indagine orientata al sistema e ai processi. L'identificazione delle cause profonde è necessaria per individuare le soluzioni più appropriate per prevenire il ripetersi dell'evento.

L'applicazione di tali metodiche a livello delle strutture sanitarie presuppone una funzione dedicata alle attività di gestione

del rischio clinico e l'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche da parte degli operatori coinvolti nelle attività assistenziali.

L'attività di monitoraggio degli eventi sentinella, il cui scopo non è quello di rilevare tassi di incidenza degli eventi avversi, o effettuare confronti tra Regioni, organizzazioni sanitarie o unità operative, ma è quello di imparare dagli errori e dagli eventi avversi, per promuovere le azioni e i cambiamenti necessari per aumentare la sicurezza dei pazienti.

Tab. 1 – Principali caratteristiche del sistema di monitoraggio della Salute		
1	Non punitivo	Operatori, aziende sanitarie e Regioni sono liberi di segnalare senza timore di incorrere in sanzioni o punizioni
2	Confidenziale	L'identità di pazienti, operatori e istituzioni viene mantenuta riservata
3	Indipendente	Il sistema di monitoraggio è indipendente da ogni altra autorità con potere punitivo nei confronti di chi segnala
4	Analizzato da esperti	I dati vengono analizzati da esperti in grado di comprendere circostanze Cliniche, cause e fattori contribuenti
5	Tempestivo	I dati vengono analizzati in tempi congrui e le raccomandazioni vengono Rapidamente divulgate a Regioni, organizzazioni e operatori
6	Orientato al sistema	Le raccomandazioni sono finalizzate ai cambiamenti del sistema e dei Processi
7	Reattivo	Dissemina i rapporti, le raccomandazioni e ne valuta l'implementazione
Sole 24 ORE 23-29 ottobre 2007 – (Adattato da Lucian Leape; 2005)		

La sicurezza delle cure è uno degli elementi sui quali si basa il rapporto di fiducia tra cittadini e servizi sanitari. Il cittadino, oltre a pretendere dai servizi un trattamento eccellente sotto il profilo logistico e alberghiero, esige di veder rispettato il suo diritto alla sicurezza. Ciò significa che ha diritto ad entrare in relazione con un professionista o con una struttura che gli garantiscano modalità organizzative e comportamenti professionali in grado di tenere sotto controllo i rischi e di ridurre al minimo il verificarsi di errori nel corso dei trattamenti medici ed assistenziali.

Sicurezza nella pratica medica ed assistenziale è proprio quella di favorire la presa in carico di questo problema da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Ora, per ritornare alla segnalazione, la correttezza e la professionalità nello svolgimento della propria attività costituiscono

un preciso obbligo giuridico, etico e deontologico dell'infermiere come lavoratore, ma, ancor di più, come professionista iscritto ad un albo.

Garantire la sicurezza della pratica infermieristica e delle cure, non solo rappresenta il principale obbligo professionale, ma soprattutto per chi si occupa di assistenza, è il principio fondante del rapporto di fiducia che sta alla base della relazione di aiuto tra professionista e assistito.

E' ovvio e scontato che, chiunque assuma comportamenti come quelli riportati, debba rispondere del proprio operato.

In situazioni come questa però, il miglior rimedio, al fine di garantire il rispetto per la persona, è accertare esattamente i fatti in modo da porre dei correttivi volti ad evitare il ripetersi di episodi simili in modo da ristabilire quanto prima quel rapporto di fiducia di cui l'assistenza, i cittadini e gli infermieri sentono un estremo bisogno.

E' altrettanto necessario però, come istituzione professionale, fare "quadrato" intorno a tutti gli altri, tantissimi che meritano rispetto poiché continuano a svolgere il proprio servizio con impegno, in modo corretto, responsabile e professionale.

Come è corretto segnalare disfunzioni, comportamenti non professionali o altro, altrettanto dobbiamo riconoscere che la maggior parte degli Infermieri sono Professionisti seri, preparati, competenti che hanno il diritto di vedersi riconosciute le loro capacità, la loro autonomia, la loro professionalità e la competenza con le quali ogni giorno si cimentano a tutela del cittadino.

Tutti noi dobbiamo fare uno sforzo per riflettere su quanto è stato riportato nella lettera/segnalazione, su quanto è successo e su quanto questi episodi possono fare male alla professione, al sistema salute e alle persone assistite.

Contrariamente a chi sguazza nell'autocommiserazione o nella frustrazione, nelle ignobili baruffe tra colleghi e nel pettegolezzo di corsia, è utile impiegare le energie a costruirci come professionisti, ad abbattere il muro dell'ignoranza e dei preconcetti, a dare voce e giustizia ai diritti di cui godiamo grazie al nostro ruolo, a difendere le competenze, ad attirare consenso ed approvazione da coloro per cui lavoriamo e con cui collaboriamo, a dare visibilità ed importanza a ciò che facciamo, a non mascherare eventuali errori.

Crediamo sia tempo di smettere di guardarsi intorno per cercare

un colpevole e di cominciare a guardarsi dentro.

Di una cosa certamente siamo convinti: non siamo una categoria di pessimi professionisti, anzi, riteniamo che in ogni infermiere si nasconda un grande infermiere, ma per esserlo bisogna convincersene e crederci e noi, purtroppo, ci crediamo ancora troppo poco!

"Se si escludono istanti prodigiosi e singoli che il destino ci può donare, l'amore per il lavoro costituisce la migliore approssimazione concreta alla felicità sulla terra" (Primo Levi)

Consulta il testo integrale del Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella:

- Protocollo in [versione pdf](#) (240 Kb)

http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pagineAree_238_listaFile_itemName_0_file.pdf

Sono definiti Eventi Sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. La sorveglianza degli Eventi Sentinella, già attuata in altri Paesi, costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti. Per questa ragione il Ministero della Salute ha elaborato, con il supporto tecnico del "Gruppo di lavoro valutazione degli approcci metodologici in tema di rischio clinico", in via sperimentale, il presente Protocollo per il monitoraggio, con l'obiettivo di fornire alle Regioni e alle Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione degli Eventi Sentinella sul territorio nazionale, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Il Protocollo contiene:

1. le schede descrittive degli eventi sentinella oggetto del monitoraggio che forniscono le informazioni necessarie per definire e classificare l'evento;
2. la scheda di segnalazione che l'azienda sanitaria dovrà compilare e spedire alla Regione di riferimento e al Ministero della Salute entro 5 giorni dal verificarsi dell'evento, secondo il flusso informativo previsto nel documento;
3. le schede della Root Cause Analysis da usare per l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti il verificarsi dell'evento avverso e che vanno a costituire il rapporto definitivo da inviare alla Regione e al Ministero della Salute entro 45 giorni lavorativi;
4. il piano d'azione per la riduzione del rischio, ovvero le azioni poste in atto per prevenire la ricorrenza dell'evento.

Bibliografia:

1. Protocollo sperimentale per il Monitoraggio degli eventi sentinella:
<http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=238&menu=sicurezza>
2. Mistura S.
La riabilitazione è il lungo respiro della cura Reggio Emilia:
Diabasis, 1995
3. World Alliance for Patient Safety:
Forward Programme 2007-2007.
World Health Organization 2006

LETTERA PERVENUTA IN REDAZIONE

Gentile Presidente,

sono un'infermiera diplomata nel 1984, pertanto la mia formazione è avvenuta in una scuola regionale della provincia di *omissis*; ho esercitato la professione infermieristica in diverse unità operative, dalla Rianimazione, all'Unità Terapia Intensiva Coronarica, alla Medicina generale, alla Cardiologia. Ho sempre creduto e continuo a credere nella mia professione e nel corso degli anni mi sono impegnata ad approfondire i temi che richiedevano un aggiornamento continuo, anche quando non esisteva ancora il sistema E.C.M.

Dopo questa breve presentazione, passo al motivo **pregnante** per cui mi rivolgo alla sua cortese attenzione: vorrei raccontare un'esperienza vissuta di recente, che mi ha profondamente scosso, come famigliare di una paziente e come professionista della salute.

"Il servizio sanitario deve garantire la sicurezza dei pazienti ed a tal fine adotta un approccio sistemico, che comprende lo studio degli errori, la identificazione ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti."

È quanto si legge nelle prime righe dell'introduzione del Glossario per la sicurezza dei pazienti e per la gestione del rischio clinico, pubblicato sulla rivista della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, numero 6/2006 e disponibile sul sito web del Ministero della Salute. Questo chiaro documento, dovrebbe essere studiato e interiorizzato da chiunque operi al servizio della salute dei cittadini, concetti ripresi anche nella sezione Focus pubblicata su *L'Infermiere* numero 1/2007, ma...

Ho accompagnato la paziente in un complesso iter diagnostico durato mesi e che l'ha condotta ad un intervento chirurgico. Alla fine, la scelta è caduta, per vari motivi, su un "grande ospedale" (Glossario, punto 1. Accessibilità) che, nell'immaginario collettivo, rappresenta un centro di riferimento completo di tutto, dalla diagnostica più avanzata alle specialità, anche perché il problema della paziente è complicato da uno stato di allergia al lattice e alla polvere di mais. Il chirurgo di fiducia si attiva per avere tutte le garanzie dalla direzione sanitaria: sala operatoria latex-free, materiali, dispositivi, protocolli e stanza di degenza adeguati al caso. Inoltre, predispone accertamenti supplementari con allergologo e pneumologo, per la sicurezza della paziente.

Siamo a *omissis*, in un grande ospedale e la nostra Lombardia vanta linee guida sulla gestione del paziente allergico al lattice disponibili dal 2001 (DGR n. 22303 del 24/09/2001).

Proprio nelle citate linee guida, in chiusura, si legge: "Si ribadisce l'importanza della definizione di protocolli e procedure per la gestione del paziente allergico al lattice in ogni struttura sanitaria, nonché della formazione-aggiornamento del personale su questo aspetto specifico.". Come se ciò non bastasse, nella relativa bibliografia ai primi posti compaiono le pubblicazioni di illustri professionisti che hanno lavorato sul problema e sono stati fonte di ispirazione per il testo del Decreto stesso, professionisti che lavorano nella medesima grande struttura dove sono avvenuti i fatti che racconto. Come dimenticare la saggia sentenza "Nessuno è profeta in patria"?

Viene programmata una data per il ricovero e per l'intervento chirurgico, che dovrebbe avvenire dopo circa sei settimane dalla prima visita. Nonostante il tempo a disposizione, il giorno prima del ricovero programmato, la paziente riceve una telefonata dal medico responsabile delle sale operatorie, che le annuncia uno stop della direzione sanitaria: non ci sarebbe il nulla osta per problemi nell'allestimento della stanza di degenza latex-free, l'intervento viene spostato di altre due settimane. Tralascio le notizie sullo stato clinico della paziente che, nel frattempo, ha dovuto sottoporsi a premedicazione con cortisonici, prescritti dell'allergologo, "per sopire il suo sistema immunitario pazzarello", cito le testuali parole del medico medesimo.

FOCUS



Preciso inoltre che, riguardo all'aspetto allergologico, la situazione clinica della paziente, si era stabilizzata ormai da anni, consentendole di condurre una qualità di vita soddisfacente, seppure con limitazioni e con l'adozione di uno stile opportunamente personalizzato.

Durante il lungo iter diagnostico, effettuato in varie strutture, anche fuori dalla nostra regione, non si sono mai verificati incidenti di tipo allergico, e ciò è stato possibile semplicemente segnalando il problema in anticipo per visite, ecografie e diagnostica radiologica e di laboratorio.

Finalmente, arriva il giorno del ricovero.

Raggiungiamo la saletta di attesa del reparto di degenza e in pochi minuti un'infermiera ci accompagna nella stanza assegnata. Sulla porta il cartello è ben visibile: LATEX-FREE.

La stanza è veramente spoglia e decisamente non accogliente, anche perché i muri sono palesemente sporchi. Avrebbero almeno potuto dare una bella lavata.

Altri particolari non trascurabili: il letto con le ruote di gomma artigianalmente rivestite con carta gofrata, un comodino ugualmente acconciato, un tavolo, una sola sedia, il cavo del campanello è rivestito di pellicola trasparente, quella che si usa per gli alimenti. Avrebbero potuto usarla efficacemente anche per le ruote.

Noto prima con sorpresa, poi con disappunto, che non è stato allestito, un "angolo" con un tavolino con il minimo indispensabile: biancheria per il letto, materiale per medicazione, ecc. , ma soprattutto, non vedo un vassoio con i farmaci dell'emergenza. Mi domando se sia stata fatta una valutazione circa la possibilità di un evento avverso, trattandosi di una paziente allergica al lattice e pluriallergica, ricoverata in un reparto di degenza (Glossario: punto 4 Analisi delle barriere; punto 70 Risk management; punto 124 Risk assessment).

Comincio a sentire un sottile disagio, ma mi impongo di stare al mio posto, non voglio scontri con le colleghe. Nel frattempo, si apre la porta e appare un grosso carrello metallico chiuso, noto che ha le ruote grandi e sono in gomma, senza copertura; lo hanno introdotto nella stanza, lasciandolo davanti alla porta, le due infermiere sono titubanti, il loro disagio è palpabile: è evidente che si tratta di una "prima volta". Sembra non sappiano a cosa serve e cosa ci sia lì dentro e se ne sono andate; io stessa dirigo il contenitore nell'angolo libero della stanza.

Apro gli sportelli e prendo visione del contenuto, sembra un magazzino ambulante: molte confezioni di guanti sterili in duraprene, due confezioni di guanti in vinile talcati, molte siringhe, due tubi per la ventilazione assistita, una decina di cannule di Mayo, un pallone vai e vieni. Materiale latex-free ammassato, come in un deposito caotico, dove in caso di emergenza, chiunque sarebbe in difficoltà a reperire ciò che serve. Sopra il carrello, all'esterno, c'è un vassoio con materiale vario: aghi, un rotolo di cerotto, aghi cannula, due perette evacuative e due sonde rettali. Non ci sono né garze, né antisettico cutaneo.

Intanto, la paziente è così concentrata su ciò che avverrà l'indomani, rilassata dopo tanta tensione e attesa, che riesce persino a scherzare e mi propone di andare a casa: ci vedremo domani mattina.

Entra un'infermiera con un sopracamice del tipo monouso, indossa pure dei calzari, viene a fare il prelievo ematico. Ritorna dopo pochi minuti per la compilazione dei documenti di accettazione e la registrazione dei parametri vitali, ma faccio notare che non sono stati rilevati i parametri all'ingresso; spiegazione: non c'è uno sfigmomanometro, né un fonendo latex-free nel momento dell'accettazione in reparto (né ci sarà mai nei giorni a seguire). Data la situazione, provvedo a rilevare la PA con un apparecchio da polso che ho portato da casa, mi chiedo: che dato avrebbero potuto registrare, se non avessi avuto l'apparecchietto personale? Da notare che, durante le procedure di accettazione, non viene fatto neppure l'elettrocardiogramma preoperatorio, sembra che non sia disponibile in tutto l'ospedale un apparecchio latex-free, perciò era stato chiesto alla paziente di provvedere e di *presentarsi per il ricovero con tracciato ECG e rx torace già refertati*. Quindi, gli esami richiesti sono stati fatti da esterna, a pagamento in altra struttura e non come preoperatori in sede: a parte la questione economica, si pensi al disagio di spostarsi da casa più volte.

Ritorno a casa, ma mi tengo in contatto telefonico con la paziente, che mi riferisce che si sente bene, ma racconta anche un piccolo episodio spiacevole: aveva posizionato la tazza del brodo consumato a cena, su una sedia in prossimità della porta, per agevolare gli operatori, evitando di farli "vestire" per entrare e ha visto - un po' allarmata - che l'operazione è stata eseguita da "due mani quantate" di lattice.

Discutiamo un po' al telefono, ma non ci serve molto per arrivare alla conclusione che, l'uso del lattice fuori dalla stanza, non è limitato agli usi propri, né tanto meno è stato abolito; mi riferisce che durante la giornata, le infermiere che sono entrate, hanno sempre chiesto a lei che cosa ci fosse nel carrello nell'angolo, curiosità che nessuna di loro si è presa il disturbo di soddisfare autonomamente, dato che nessuna di loro ci ha guardato dentro! Appare chiaro alla paziente, che questo carrello nessuno l'aveva mai visto prima, né sa cosa contenga. Ha provato a dire alle infermiere che sopra c'è una check list, ne hanno forse una copia in guardiola?, vogliono farne una copia da tenere di là, magari per integrare con il materiale mancante, che in stanza potrebbe servire? Fa anche presente, che sembra si tratti di

un magazzino mobile, tant'è che la check-list prevede anche lo scarico dei pezzi utilizzati. Ma cade tutto nel nulla, sembra che abbia parlato in una lingua ignota. Chiede che non vengano usati i guanti in vinile talcati, perché non sicuri, visto che non è specificato il tipo di polvere vegetale (è allergica anche al mais), su questo non ci sono problemi, le dicono tutte.

In quasi 4 giorni di degenza, in effetti, solo due infermiere prenderanno guanti sterili in duraprene da quel carrello, ma nessuna di loro scriverà qualcosa su quella check list.

2^ giornata di degenza, giornata zero-intervento chirurgico

Sono le 7.00 del 2° giorno, è il giorno dell'intervento: premedicazione con cortisonico e antibiotico e.v.. È stato rifatto il letto, ma non è stato pulito in vista dell'accesso in sala operatoria.

Alle 7.45 partenza per la sala: alla paziente viene fatto indossare un camice e una cuffietta con i lacci, fatta accomodare a letto. Mentre le ruote compiono il loro lavoro, già nel fare manovra per dirigersi verso la porta e uscire dalla stanza, si nota che i "pietososi grembiulini" di carta gofrata cominciano a sbriciolarsi, inceppandosi nel meccanismo. Sosta di qualche minuto nel corridoio perché hanno dimenticato la cartella clinica in guardiola; la paziente si copre naso e bocca con il lenzuolo: non le hanno dato una semplice mascherina protettiva e, di certo, non vuole farsi un'inalazione di aria contaminata. Nessuno qui sembra avere nozione di come può essere scatenata una reazione allergica da lattice, cioè che basta entrare in un reparto e inalare l'aria del corridoio!

Sono perplessa, ma colgo ancora fiducia nello sguardo della mia "paziente" congiunta. Rientro nella stanza di degenza e mi metto in attesa del suo ritorno.

Mi guardo attorno, ancora non vedo qualcosa che assomigli a un kit per l'emergenza. Con questa donna ho passato vacanze, ho fatto viaggi, pranzi di famiglia. So benissimo cosa c'è sempre nella sua borsetta: adrenalina autoiniezzante, cortisone e antistaminico. Sono anni che ha selezionato salumieri e fornai, scegliendo quelli che non maneggiano gli alimenti con i guanti di lattice. Ha imparato a selezionare negozi e servizi, alimenti e oggetti di uso comune. Sono anni che scuotiamo la testa, allibite alla vista di operatori che usano impropriamente dispositivi di protezione individuale.

Servono forse guanti di lattice per trasportare un plico di lastre o di documenti o di cartelle cliniche?

Si tratta di materiale contaminato, o lo stanno contaminando loro, con i guanti che hanno usato e non hanno eliminato e non si sono lavati le mani? Oltre ad aver concluso che, chi non vive il problema sulla propria pelle, non può capire, molte volte ci siamo anche dette che, allergia a parte, gli operatori che vediamo girare per i corridoi con i guanti (puliti o usati, non possiamo saperlo!), mentre non stanno facendo prestazioni che ne richiedono l'uso, hanno un comportamento decisamente scorretto, che addirittura potrebbe diventare lesivo per la sicurezza dell'ambiente e delle persone, data la possibilità concreta di contaminare tutto quello che si tocca. Il tempo scorre come i miei pensieri e, dopo circa tre ore, ecco il chirurgo! È molto soddisfatto. L'intervento è stato difficile, ha richiesto il lavoro di un'équipe multidisciplinare, ma è andato tutto molto bene, meglio del previsto. Sono felice e ringrazio di cuore il medico che ha saputo meritare la fiducia di questa paziente.

La paziente arriva in stanza dopo circa mezz'ora. Respira bene, il colorito è normale, rilevo PA e FC: nella norma; sono in corso terapia antalgica e infusione di liquidi e.v., ha un drenaggio addominale e il catetere vescicale. Il risveglio sarà graduale e completo nel corso del pomeriggio.

Dopo circa un'ora, entra un'infermiera a controllare la situazione e noto che porta con se una padella (cioè, il presidio che si usa per raccogliere le deiezioni dei pazienti allettati): non capisco. Alza le coperte, appoggia la padella sul letto al fianco della paziente e vi svuota il drenaggio. Sono basita e anche un po' scandalizzata, che cosa ha a che fare una padella con un drenaggio addominale? Ma mi voglio calmare e penso alle valvole antireflusso e alla tecnica no touch. Speriamo bene.

Più tardi arriva una nuova coppia di colleghe; è cambiato il turno, ma non il modo di procedere, il drenaggio viene svuotato come sopra e i parametri li chiedono a me (si sono passate la notizia, abbiamo in stanza un apparecchio personale: perché cercarne uno idoneo in ospedale? Noteremo a posteriori, che nessuno si è mai dato la pena di verificare, ad esempio, se il nostro apparecchio fosse un dispositivo attendibile dal punto di vista tecnico, ma semplicemente e per tutto il tempo, si sono "fidate" e hanno riportato quei parametri), poi eseguono l'igiene intima, sistemano il letto ed escono.

Adesso la paziente è perfettamente sveglia e lucida, mi dice che sente la sabbia negli occhi, per lei è uno dei primi sintomi di crisi allergica incipiente e constato che effettivamente la congiuntiva è arrossata. È uno dei primi segni; infatti, in pochi minuti le labbra si gonfiano, l'ugola sembra un palloncino e la paziente lamenta una sensazione di "gradino" in gola. Chiama con il campanello, arriva l'infermiera che chiede stupita "come mai?", con l'aria di chi non si spiega questo evento imprevisto. Ci ricordiamo che la paziente è un'allergica grave, e che come tale è da considerare a rischio di reazioni allergiche? Comunque, dopo qualche minuto arriva il chirurgo di fiducia e prescrive cortisonico e antistaminico, guardo l'orologio e sono le 18.40, il medico è lì, aspetta che i farmaci arrivino, ma ha fretta perché deve tornare in sala operatoria per un'urgenza, si affaccia in corridoio, in attesa che la prescrizione venga eseguita... deve proprio tornare in sala, rassicura e saluta la paziente e si allontana. Passano minuti, precisamente 20 minuti, durante i quali mi sento impotente e scruto la paziente con grande

apprensione: tutto il viso adesso è gonfio, mentre le congiuntive sembrano due sacchetti molli che sporgono dalle palpebre edematose. Penso: e la glottide? Il respiro è buono, non sento il sinistro stridore del tirage, né sembra ci sia broncospasmo, anche se lei continua a riferire difficoltà a deglutire la saliva. Finalmente, sono le 19.05, appare l'infermiera con garza e siringa *in mano*, ma si ferma in mezzo alla porta aperta, per ululare alla collega: "ho portato il trimeton, mi porti tu il flebocortid?". Non ci posso credere!, è questo il modo di affrontare un'emergenza? I farmaci vengono iniettati, prima l'antistaminico in muscolo, poi il cortisone in bolo.

Non sarebbe stato più utile per la sicurezza della paziente, averli già disponibili in un vassoio all'interno della stanza? Forse questi sono dettagli, ma la dicono lunga sulla qualità della gestione del rischio clinico in generale. Ammesso che qui sappiano cos'è.

Ormai è buio; dalla somministrazione della terapia in poi, durante il resto del turno del pomeriggio, solo in due occasioni si affacciano alla porta le due infermiere, ma senza entrare e alternandosi una volta ciascuna. Ufficialmente, con i parametri, siamo ferme alle 17.00, questo si legge nella grafica artigianale ai piedi del letto; è ovvio che io ho controllato più volte la PA, ma nemmeno nel momento della chiamata, le infermiere si sono preoccupate di chiedere l'andamento del parametro, né l'hanno potuto registrare sul foglio. Posso dedurre che, data la situazione e il pericolo di shock anafilattico, non abbiano ritenuto necessario conoscere questo dato? Hanno solo fatto capolino introducendo la testa attraverso la porta socchiusa e si sono limitate a sorridere e a chiedere laconiche "come va?". Rispondo, dico che va meglio; mi accorgo che le guardo con sospetto e con un certo timore; per fortuna, prevale la sensazione di scampato pericolo (forse!) e spero che il prossimo turno sia meglio.

È incredibile sentirsi così in un grande ospedale, in che situazione ci siamo cacciate?

Proseguo a rilevare la PA, all'inizio ad intervalli di circa 15 minuti, si mantiene ai limiti inferiori della norma, ma non c'è ipotensione marcata; il viso è sempre gonfio, ma la gola va meglio e il respiro va bene. Il cambio del turno deve essere già avvenuto, ma non abbiamo ancora visto nessuno, né le infermiere smontanti, né quelle del turno di notte. Finalmente a mezzanotte, si apre la porta ed entra la coppia che ha preso servizio (alle 21 o alle 22?), questa volta non indossano il sopracamice, solo i calzari infilati prima di entrare: la nostra stanza è la numero uno, cioè l'ultima che visitano alla fine del loro "giro". La paziente, lucida, è visibilmente allarmata e chiede spiegazioni per questo comportamento. Le infermiere, impacciate, escono e quindi rientrano immediatamente con indosso il camice. La più giovane cerca di minimizzare, vuole allentare la tensione e, in maniera alquanto maldestra e inopportuna, commenta il fatto che la paziente ha proprio un "bel" problema.

Sostituiscono la sacca di raccolta delle urine (che avrebbe dovuto essere svuotata, vista la presenza di una valvola di scarico! evitando di aprire un sistema chiuso). Mi chiedono di rilevare la PA, ma se ne vanno senza controllare il drenaggio. Sottolineo che, queste operazioni avvengono dopo ben 7 ore, con in mezzo una crisi allergica e un angioedema che non regredisce: devo dedurre che a loro, i dati P.A. e bilancio idrico interessano solo adesso, in tutto l'arco di tempo dalle 17 alle 24 nessuno se n'è preoccupato. Questo per delle professioniste, nel cui profilo (739/94) si legge che sono "responsabili dell'assistenza generale infermieristica".

La paziente, un po' alterata, suona il campanello perché il contenitore del drenaggio è pieno; si affaccia l'infermiera più anziana per chiedere cosa voglia, recepisce, si "veste" ed entra portando un traverso monouso del tipo assorbente (a cosa le servirà?), poi alza le coperte per svuotare il drenaggio, tenendo il traverso come se fosse un catino, mentre la paziente spaventata fa notare all'infermiera che indossa *guanti di lattice!*

È un incubo, non può essere vero: sulla porta c'è il cartello "LATEX-FREE", hanno avuto la consegna, avranno saputo che la paziente è in crisi allergica, e poi, erano state da poco riprese per non aver indossato i camici!

L'infermiera è sconvolta, esce correndo, a porta aperta elimina i guanti di lattice e infila quelli di vinile, rientra. Al cambio dei guanti, non si è lavata le mani, ovviamente. È mortificata, si scusa, sa di aver commesso un errore grave, si giustifica dicendo che è la prima volta che in reparto c'è una paziente come questa, che di solito loro "lavorano bene" e procede allo svuotamento del drenaggio nel traverso (non è la padella, ma insomma!). Successivamente, per almeno un'ora le due colleghe si alterneranno nel far visita alla paziente e faranno scorrere fiumi di parole, perlopiù giustificazioni, senza lesinare neppure frasi del tipo: "Adesso, però, signora cerchi di dormire, è stata operata stamattina, cerchi di stare tranquilla!".

Che cosa?

Ma, può un professionista tenere un comportamento così inadeguato e pazzesco?, può pretendere, alla luce dei suddetti fatti concreti, che la paziente sia tranquilla, o peggio che, stante la palese situazione di rischio e di insicurezza, riesca a tranquillizzarsi *a comando*? Può un professionista tenere un comportamento così irresponsabile, esimendosi dal dovere di segnalare l'accaduto al medico di guardia, negando alla paziente persino la possibilità di essere messa al sicuro da altre eventuali reazioni avverse?

Intanto la paziente mi fa notare che l'edema si è esteso alle mani, non riesce più a chiuderle, anche gli

avambracci sembrano "imbottiti" e mi chiede di controllare il sacchetto delle urine: anche la diuresi è "al minimo" come la pressione arteriosa. Faccio un rapido calcolo del bilancio idrico e non ci siamo. Io sono terrorizzata, sconvolta emotivamente e non sono certo autorizzata a somministrare terapie "domiciliari", ma la paziente mi chiede di prendere la sua adrenalina autoiniettante dalla borsa, eseguo, la metto sul comodino. Rimarrà lì fino al momento di lasciare il reparto, unico presidio pronto in caso di emergenza. Avvertiamo entrambe l'angoscia dell'incombente pericolo, del sentirsi in una situazione di totale insicurezza. La paziente ha chiesto più volte alle due infermiere se c'è il medico di guardia in reparto, ma non sanno, devono controllare se è lì o altrove, devono controllare chi è.

Finalmente, sono le 2.15, entra una dottoressa, scortata dalle due infermiere, le chiedo se può controllare la gola della paziente, ma nessuna di loro ha una pila!, le porgo quella che la paziente ha sempre con sé, la tiene in borsa insieme a uno specchietto. Purtroppo, si capisce subito che questo medico è esperto nel valutare mucose situate in ben altra sede; si noti che l'ugola era un "sacchetto" rigonfio e opalescente, lo stadio dell'evidenza del disegno vascolare era stato già ampiamente superato, l'edema era franco, e per quanto riguarda le mani e le braccia, la dottoressa attribuisce "il gonfiore" (cito testualmente la definizione) alle alte dosi di cortisone assunto nei giorni precedenti con la premedicazione consigliata dall'allergologo. Non ci siamo!

La notte passa contando i minuti, vigilando e ingoiando il terrore.

Sul tavolo ci sono i fogli che la paziente ha scaricato dal sito dell'ospedale, sono le presentazioni delle unità operative, ci sono anche i numeri di telefono e ricopio sulla mia agenda quello della rianimazione a cui fa riferimento questo reparto.

Sono pronta a chiamare con il mio telefono, se la situazione precipita, anche se non so se mi daranno retta: cosa c'è di più surreale? Penso alla gestione del rischio, al governo clinico, alle cure sicure e penso che qui siamo lontani anni luce.

Verso le 5 del mattino, dopo tre ore dall'ultima visita, riappare l'infermiera più giovane e, con fare amichevole, chiede alla paziente se è stata contenta del fatto che abbiano chiamato il medico di guardia; lei risponde a fatica e le dice che hanno solo fatto il loro dovere e con molto ritardo. C'è da essere contenti?

3^ giornata di degenza - 1^ giornata dopo intervento

La nuova giornata comincia con le cure igieniche, la paziente può alzarsi e preferisce andare a lavarsi in bagno; l'accompagna l'infermiera, ma è visibilmente seccata, sarebbe stato più veloce lavare la paziente a letto.

Il viso è sempre edematoso, come le mani e gli avambracci, comunque l'infermiera, dopo aver rifatto il letto, riesce a effettuare il prelievo per l'emocromo direttamente dall'agocannula in sede dal giorno prima, completo di ricordo a tre vie. Dopo il prelievo, la cui esecuzione ha comportato qualche difficoltà, il cateterino viene lasciato così com'è, senza eseguire un lavaggio. Voglio vedere se qualcuno oserà utilizzare ancora quell'accesso venoso per la terapia infusiva o per somministrare farmaci, "sparando" in circolo un coagulo!

Constatiamo che la situazione è fuori controllo, che non si può certo parlare di "presa in carico": nel turno del mattino ci sono ben 5 infermiere e da noi non entra mai la stessa, dobbiamo pensare che tirino a sorte ogni volta che devono venire qui?

Siamo nella terza giornata di degenza e non abbiamo ancora visto la caposala, nonostante la paziente abbia chiesto più volte alle molte infermiere di parlare con lei.

Ancora fiumi di parole, tutti quelli che entrano qui parlano, parlano, come la notte scorsa. Qui il lavoro è organizzato per "giri" (qualcuno ha il compito di rilevare i parametri, c'è chi esegue i prelievi, chi la terapia, chi riordina i letti, chi serve le colazioni, ecc.). Comunque sia, ogni operatore che entra nella stanza in meno di un'ora, è stupito della situazione della paziente e nessuno si spiega la reazione allergica, e parlano, parlano. Non potrebbero chiamare un medico, invece?

Finalmente alle 7.45, entra spontaneamente, non perché chiamato, il chirurgo che l'ha operata e all'istante si rende conto della situazione, tanto da richiedere una consulenza allergologica.

Alle 9 entra per la visita un medico del reparto, valuta rapidamente la situazione della paziente e ordina all'infermiera presente di sostituire il cateterino venoso coagulato, dice che la paziente non può restare senza un accesso venoso valido, anche in attesa della visita allergologica.

Questo medico è la dottoressa che si è occupata degli aspetti organizzativi e di allestimento di sala operatoria e stanza di degenza, la stessa che, su mandato del chirurgo di fiducia della paziente, ha coordinato tutta la fase preparatoria, inclusi i contatti con la direzione sanitaria. Con lei abbiamo un lungo colloquio, ma è come parlare a un muro. È fin troppo evidente che teme possibili attribuzioni di responsabilità degli eventi successivi, ma per contro, mantiene un atteggiamento aggressivo nei confronti della paziente, canzonatorio nei miei confronti. È una cosa insostenibile! Per più volte, comunque ci dà ragione, ma come si usa dire, ci sentiamo trattate come quelli a cui si dà sempre ragione... cioè "i matti".

La dottoressa insiste ad attribuire la colpa di tutto al fatto che qui "non c'è cultura" sulla gestione di

casì come questo, mentre minimizza sui comportamenti errati in procedure di base. Secondo noi invece si tratta di fatti aggravanti, se si pensa che si riferiscono a prestazioni erogate alla quasi totalità dei degenti! Ci sentiamo prese in giro, ma la paziente, paziente e caparbia, trova ancora la forza di ribadire che, se è vero che c'erano tutti i nulla osta richiesti per ricovero e intervento chirurgico, devono ammettere che si è verificata una gravissima carenza: qui è mancato l'elemento più importante, cioè un "case manager" che, una volta acquisiti tutti i referti delle consulenze e tutti i nulla osta, facesse il punto della situazione e verificasse la correttezza dello svolgimento dei processi attivati. Ammette la mancanza di "cultura", ma soprattutto di quella dell'errore!, gli errori qui li nascondono per paura di sanzioni, incrementando il rischio per la sicurezza del paziente.

Ciononostante, sembra che la paziente stia parlando a un muro: la dottoressa mantiene la sua linea e scarica tutta la colpa sulla gestione infermieristica e degli operatori di supporto. Alle 10 arriva l'allergologa e prescrive altro cortisone e antistaminico. Si fermerà con noi per più di due ore, e avrà il tempo di valutare la situazione clinica dopo somministrazione della terapia prescritta, ma anche di rilevare dati sulla sistemazione della stanza e sul "famoso" carrello chiuso. Arrivano i farmaci prescritti dall'allergologa e, come sospettavo, la collega fa il tentativo di usare il cateterino coagulato, solo che la paziente si rifiuta categoricamente, per cui la terapia endovenosa viene somministrata tramite un ago a farfalla. Perché non ha inserito un nuovo cateterino?, quello che c'è è inservibile, concorda anche il medico, chiedendo invano di sostituirlo con un nuovo (richiesta già fatta dal medico di reparto in visita alle ore 9). Durante questa lunga visita, l'allergologa prende visione della stanza, del letto, di tutto il materiale contenuto nel carrello. Sta vagliando diverse ipotesi, vuole capire che cosa abbia potuto scatenare la reazione. La paziente le pone una domanda, crediamo, legittima: prima del ricovero, qualcuno ha fatto un sopralluogo in questa stanza, ha preso atto del livello di sicurezza ambientale? Imbarazzo, disagio. L'allergologa ammette che, stanti le condizioni di stanza e letto c'è poco da stupirsi che sia successo quello che è successo. Insomma: ci danno ragione. Ma, ancora una volta, cosa ce ne facciamo di questa ragione, se di fatto la situazione non cambia? Nel carrello, la dottoressa trova e requisisce due pacchi di guanti talcati con polvere vegetale non precisata, potrebbe essere amido di mais. Al che, la paziente fa notare che li aveva già segnalati come "non sicuri" e pertanto da non usare per lei. Non importa, adesso l'allergologa si sente soddisfatta: consiglia l'uso di guanti in vinile non talcati e se ne va portando con sé i guanti incriminati. In un giallo si leggerebbe: il caso è chiuso. Da lì in poi, invece si succederanno ancora una serie di episodi che dimostrano lo stato di caos imperante tra gli operatori dei vari livelli.

Riporto solo alcuni particolari esemplificativi della situazione e non tutto quello che è successo: il nuovo accesso venoso richiesto dal medico di reparto in visita, erano circa le ore 9, verrà reperito alle ore 12, quando compare un'infermiera che entra e chiede alla paziente se, adesso, "vuole" l'antibiotico; la collega sostiene che le hanno riferito che la paziente, nel "giro" terapia precedente, l'avrebbe rifiutato. Incredibile, quando la paziente avrebbe rifiutato l'antibiotico?

Ricostruiamo i fatti: in attesa della visita allergologica, il medico di reparto durante la visita delle 9, fa tenere in sospenso la somministrazione dell'antibiotico. L'allergologa a sua volta, prescrive la terapia allergologica che viene somministrata, mentre nessuno si ricorda più di chiedere se possa essere fatto anche l'antibiotico. Ergo, l'infermiera del "giro" successivo, si accorge della dimenticanza e tenta di coprirla proiettando maldestramente la responsabilità dell'accaduto sulla paziente.

Comunque, la paziente vuole l'antibiotico che le spetta e finalmente, con 3 ore di ritardo, lo avrà.

un'altra infermiera entra poco dopo per rimuovere il catetere vescicale, esegue la prestazione e mi chiede se posso aprirle la porta, lei ha le mani occupate dal catetere con collegata la siringa, dalla sacca delle urine e dal reggisacca.

Dove va con quella roba in mano? Esce così in corridoio? Nell'antibagno della stanza c'è un clinipack, avrebbe potuto eliminare il materiale, dopo aver svuotato la sacca con valvola apribile comodamente nel water. Sempre in tema: a mezzanotte del turno precedente la sacca delle urine piena, anziché essere svuotata, è stata sostituita con una nuova. Dubbi su "circuito aperto" e "circuito chiuso"? Pare di sì. Forse in questo caso, si sarebbe potuta usare una padella...

ogni piccola prestazione è rallentata nella procedura per la mancanza di materiale: ogni volta che entrano, hanno sempre dimenticato qualcosa, che in stanza non c'è. E non sono mancati esempi di creatività, ne riporto solo uno: la mattina dell'intervento, l'infermiera che entra a togliere la linea infusiva usata per la premedicazione cortisonica e antibiotica, ha con sé la siringa per il lavaggio del cateterino venoso, ma ha dimenticato la garza da interporre tra la medicazione e il cono di accesso, all'uopo usa un tovagliolino di carta ripiegato che si trova sul comodino della paziente. È quello rimasto dalla cena della sera prima. Per fortuna che almeno era pulito e non è stato usato per soffiare il naso, come spesso fanno i pazienti.

Siamo alla 3^a giornata di degenza e abbiamo ribadito più volte e invano, che non è tollerabile questo assurdo via vai di operatori. Nessuno recepisce il messaggio: l'abitudine a far chilometri e a procrastinare il compimento degli interventi, qui è radicata, perché bisogna aggiungere che, quando escono a

prendere una garza, non tornano subito a finire, ma almeno dopo mezz'ora. A questo proposito, credo di poter dire a buon diritto (lavoro come infermiera da 23 anni) che, se è vero che i carichi di lavoro sono gravosi, è altrettanto vero che è troppo comodo cavalcare il vecchio e ormai macilento cavallo di battaglia: "siamo pochi e abbiamo tante cose da fare". Qui, in particolare, ho potuto constatare di persona che le carenze sono riferibili a incapacità gestionale ed organizzativa, piuttosto che al numero di operatori presenti in turno (reparto chirurgico con 20 posti letto, il turno del mattino è composto di 5 infermiere e due OSS, le pulizie sono appaltate).

In mattinata, fino alle 10, sono entrate almeno 4 infermiere diverse, adesso ne compare un'altra, è venuta ad assistere l'allergologa per la visita, ma ha dimenticato fuori il fonendoscopio, come in un teorema che si vuole dimostrare. La paziente chiede all'infermiera, che è rientrata con il fonendo, di poter parlare con la caposala. Allora, senza dire il suo nome, si qualifica: la caposala è lei. Ascolta, in un silenzio penoso, tutto ciò che la paziente ha da dire, poi interviene per opporre la sua giustificazione *universale e omnicomprendiva*: i protocolli assistenziali sono arrivati in reparto solo pochi giorni fa, troppo breve il tempo a loro disposizione per migliorare l'organizzazione.

Ribadiamo più volte, riportando i fatti concreti, che gli incidenti successi, sono da riferire a pesanti carenze in prestazioni di assistenza di base, che non riguardano le specifiche procedure per l'assistenza al paziente allergico al lattice, ma non serve a niente. Le facciamo notare anche un grave episodio di violazione della privacy, verificatosi il pomeriggio precedente. Su informazione rilasciata da un'infermiera del reparto, una dipendente della mia azienda ospedaliera, che si trovava lì per prenotare un intervento chirurgico, ci raggiunge in stanza. Imbarazzo, disagio, la signora non ha letto il cartello ed entra in stanza senza precauzioni, però sa che la paziente è allergica al lattice, perché glielo ha detto l'infermiera del reparto, chiedendole scherzosamente se anche lei lo fosse, data la provenienza dalla medesima azienda ospedaliera. Praticamente sono stati collegati dati personali (nome e cognome) con dati sensibili (stato di salute) e fornito il numero della stanza! Per questo fatto, la caposala si giustifica, semplicemente dicendo che "non è possibile", che si tratta di un errore troppo grave, che verificherà.

□ tutte le infermiere, alle quali la paziente ha domandato se fosse stata fatta una riunione organizzativa per presentare il suo caso e i protocolli arrivati dalla direzione sanitaria, hanno risposto che non era stata fatta nessuna riunione. Addirittura, alcune hanno espresso sollievo per essere "scampate" a un aggiornamento, scambiando grossolanamente la riunione organizzativa per un'iniziativa di formazione ECM. Di seguito hanno dato sfogo a tutta la loro ostilità e snoccolato frasi del tipo: "Non ho tempo di andare a sentire gli aggiornamenti, si sta lì delle ore e i "punti" che danno sono sempre troppo pochi"; "Ho i figli, la casa, il lavoro, non mi resta altro tempo"; "Non ho neanche internet per fare gli ECM". Senza timore di cadere in banali luoghi comuni, non abbiamo potuto esimerci dal notare che tutte le colleghe e le OSS, hanno unghie laccate alla perfezione, sono truccate, sfoggiano taglio e colore di capelli alla moda e senza "ricrescita", alcune sono evidentemente "palestrate". Niente da eccepire, siamo tutti d'accordo sul fatto che la cura di sé è un aspetto fondamentale per il benessere della persona, ma ci permettiamo di dire che, a maggior ragione in un contesto come la sanità, è un dovere professionale dedicare una parte del proprio tempo a studiare. Lo fanno anche i metalmeccanici, che citiamo senza nulla togliere alla riconosciuta utilità economica e sociale del loro lavoro. Anche loro si aggiornano, indipendentemente dai "punti" ECM, che qualche sanitario si ostina a gestire alla stregua di una raccolta a premi.

Ma cosa hanno di diverso i molti professionisti che, finora e da sempre, hanno curato anche la formazione e l'aggiornamento? Non sono marziani, né mostri. Anzi, meritano ancora più stima, dato che per colpa di pochi colleghi cialtroni, tutta la categoria subisce un grave danno: *la sfiducia dei cittadini*. Le giuste battaglie, condotte finora per il riconoscimento sociale ed economico del nostro ruolo, non sono forse gravemente danneggiate da questi comportamenti e atteggiamenti? Non vorrei mai che in piazza, qualcuno rischiasse il linciaggio per colpe commesse da altri.

Siamo professionisti, non dobbiamo permettere che ci buttino tra le mani una patata bollente da pelare, senza preparazione, senza addestramento, senza risorse strutturali e ambientali idonee.

Per garantire la sicurezza del paziente, *dobbiamo* essere in grado di valutare il rischio, di effettuare un'analisi proattiva per prevenire l'evento avverso, e qualora il rischio si presentasse lo stesso, di fare un'analisi reattiva e impostare le opportune modifiche. Ma questo è possibile solo se, la tensione dell'impegno a migliorare, non cede il passo alla squallida routine di quelli che mi hanno dimostrato con il loro comportamento ciò che può essere riassunto in questa frase: "qui abbiamo sempre fatto così, chi sei tu per dirmi che non va bene?". Se davvero me l'avessero detto a parole, almeno avrei potuto rispondere chi sono io: un'infermiera.

4^ giornata di degenza - 2^ giornata dopo intervento

Sono le 7.30. Entrano due infermiere per riordinare il letto, mentre le due OSS del mattino a quest'ora, sono addette alle colazioni e alla rilevazione dei parametri. Mi stupisco, ma vedo con soddisfazione che, almeno le due colleghe stanno facendo un tentativo di razionalizzare l'incredibile andirivieni di operatori e di infermiere: l'infermiera più giovane entra con la tazza del tè, mentre l'altra porta la biancheria

pulita e il termometro timpanico. Purtroppo devo ricredermi subito.

Rilevo la T.C. e apro la porta per comunicare anche la P.A., ma quando rendo l'apparecchio all'OSS che fa il "giro" dei parametri, mi accorgo che ha i guanti di lattice!

Devo dedurre che abbia fatto tutte le altre rilevazioni con i guanti e che anche il termometro sia contaminato?

La collega che ha "allungato" la tazza di tè, in vece dell'OSS che serve le colazioni, indossava i guanti di vinile e le viene il dubbio di aver indossato quelli con polvere. Così comincia tra le due colleghe un'incresciosa discussione, su quale fosse il pacco di guanti da utilizzare, e vanno avanti fino a far diventare la cosa un vero e proprio battibecco. La più anziana sostiene di aver indossato i guanti giusti, quelli senza polvere presi dal pacco blu, mentre la più giovane ammette di aver preso i guanti dall'altro pacco, quelli talcati (cioè, quelli requisiti la mattina precedente dall'allergologa).

L'animata discussione si protrae per tutto il tempo impiegato a rifare il letto, le due infermiere sciorinano le lenzuola, prelevate dall'unico carrello della biancheria pulita, che ha rifornito tutte le stanze del reparto. L'infermiera più giovane vorrebbe ritirare la tazza della paziente, ma decide di riprendersi solo il piatto che ha toccato con i guanti.

Finora, con quali guanti avranno prelevato la biancheria pulita dal carrello? Noi siamo al letto 1, stanza 1, cioè l'ultima di tutti i "giri"...

In questo caos, non si capisce più niente.

C'è chi entra con i guanti, chi entra e cerca ancora i guanti nel carrello, chi entra e dichiara di indossare quelli con polvere, chi dichiara che sono senza, è un carosello grottesco e increscioso di dichiarazioni, per altro non richieste.

La paziente, allibita sorbisce il suo tè, ma nell'arco di 5 minuti cominciano a comparire edema delle congiuntive, del volto e difficoltà a deglutire.

E loro, come al solito, si domandano stranite il perché e non hanno la minima idea di come far fronte alla situazione.

Alle 7.45 entra il chirurgo che ha operato la paziente: è passato a vedere com'è andata la notte, più tardi è programmata anche la medicazione. Mentre le dice queste cose, vede i segni della reazione allergica in atto e chiama un'infermiera, che porti subito 12 mg di Bentelan e una fiala di Trimeton!

L'infermiera, non una di quelle che hanno fatto il "giro" letti, ritorna in pochi minuti con un'arcella da cui preleva e aspira quattro fiale, la paziente le chiede se la prescrizione sia cambiata: 4x4 fa 16 e non 12!

L'infermiera è imbarazzata, confusa, la paziente prende una fiala e vede che non è Bentelan da 4 mg, bensì quello da 1,5 mg. Cioè, un totale di 6 mg, che è il 50% della dose prescritta dal medico.

Sopraffacciamo, sappiamo che i boli di cortisone sono ripetibili, anzi, è pure meglio suddividere il dosaggio in base all'evoluzione dei sintomi e alla risposta del paziente. Ragionamenti nostri. Di certo, all'origine del comportamento di questa infermiera, non c'era lo stesso percorso logico, bensì si è trattato di un errore: ha preso le fiale blu al posto di quelle rosse, ne ha presa una quarta di scorta, e nel panico, ha aspirato anche quella. E, comunque, una prescrizione è una prescrizione.

Quando la siringa è pronta, l'infermiera preleva dal carrello-magazzino un paio di guanti sterili in du-raprene e, finalmente, si decide a iniettare il bolo di cortisone nella valvola dell'agocannula (servono guanti sterili? quando mai, per una procedura del genere?). Come se non bastasse, si mostra del tutto spiazzata nel decidere la via di somministrazione dell'antistaminico. Aspira la fiala nella stessa siringa del cortisonico, ne ha recuperato anche l'ago (cono verde), sta per riaprire la valvola del venflon, ma la paziente rifiuta e le chiede di procedere con un'intramuscolare, come ordinato dal medico. Nell'arcella, però non c'è il tampone con l'antisettico cutaneo, la paziente esasperata, chiede almeno che venga sostituito l'ago... e l'iniezione viene fatta.

Il chirurgo assiste alla scena, è senza parole.

È visibilmente molto arrabbiato, ma si controlla.

Ha rilevato il nesso causa-effetto tra l'ingresso della biancheria pulita, verosimilmente contaminata da lattice e polvere di mais. Sul carrello della biancheria pulita, infatti, ci sono tre tipi di guanti: lattice talcati, vinile talcati e vinile senza polvere. Alla luce di tutto questo, chiede all'infermiera di andare in sala operatoria a prendere tre teli monouso latex free, per isolare il letto della paziente, evidentemente contaminato. L'infermiera va e torna in stanza con... tre lenzuola bianche, prelevate dal solito carrello della biancheria; è imbarazzata e si giustifica dicendo di non aver trovato il materiale richiesto dal medico. Ulteriore dimostrazione del fatto che, l'obiettivo non è stato focalizzato e, se non ha capito il perché della richiesta del medico, figuriamoci se possiamo pretendere che sia in grado di individuare correttamente bisogni della paziente!

Il medico, spazientito, chiede all'infermiera di portare in stanza tutto l'occorrente per la medicazione e la rimozione del drenaggio addominale, arriva a elencare alcuni strumenti, ma non dice tutte le cose che servono, ci mancherebbe... poi esce, diretto in sala a recuperare i teli di persona. Dopo poco rientrano e allestiscono "il campo" latex free, l'infermiera, questa volta, ha con sé un capiente catino

metallico.

Speriamo che dentro ci sia tutto. Speranza vana, perché non è così, manca l'antisettico cutaneo e mancano gli adesivi sterili per la ferita del drenaggio. La collega, sempre più imbarazzata, fa per uscire, ma la blocco per compassione, se no perdiamo altro tempo, dovrebbe oltretutto "buttare" un altro paio di guanti sterili (sarebbe il 3° in meno di un'ora). In guardiola, a prendere l'occorrente, ci vado io. La medicazione è conclusa. La paziente è stesa sul letto, è pallida, annientata e non parla più, solo piange copiosamente. Il chirurgo le ha detto che deve dimetterla: viste le condizioni della degenza, non ritiene sicuro l'ambiente. Si "fida" a dimetterla, a meno di 48 ore dall'intervento, anche perché sa che siamo entrambe infermiere.

La paziente non è in grado di camminare.

Non c'è in tutta la provincia un'ambulanza latex-free, dobbiamo tornare a casa con la nostra auto. Forse sono incosciente, forse sono nel panico pure io, ma devo portarla fuori da qui e il più presto possibile. Chiamiamo un'amica che ci possa aiutare, almeno ad avvicinare l'auto che è parcheggiata lontano.

Ci portano la lettera di dimissione provvisoria, perché restiamo in attesa di un istologico, dove è riportata la terapia di stamattina insieme alle indicazioni lasciate ieri dall'allergologa circa i dosaggi scalari di cortisone e antistaminico, dovrà poi contattare l'allergologia per il da farsi. Nessuna consulenza pre-dimissione, né dell'allergologo, né di altro specialista competente. Nessuna indicazione per il postoperatorio.

Percorro i corridoi, spingendo una carrozzina ricoperta alla bell'e meglio con i teli del letto, speriamo che vada tutto bene. L'adrenalina ce l'abbiamo a portata di mano, il bracciale della pressione è al polso, basta premere il tasto.

Dentro questa pancia di ospedale, mi sembra di dibattermi in un labirinto vasto e infinito. Ma usciamo all'aria, l'amica è lì ad aspettarci con l'auto aperta. Carichiamo mia sorella che collassa sul sedile, le alzo le gambe sul cruscotto dell'auto e il viaggio verso casa lo faremo così.

L'infermiera che ci ha accompagnato, non si è fermata con noi neppure un secondo, gira la carrozzina vuota e si allontana veloce verso l'ingresso, del resto è venuta con noi per recuperare la sedia a rotelle, non per altro. Di lei, la paziente ricorda ancora gli occhi, i capelli, le mani e il grande smarrimento quando in ascensore le ha chiesto: "Com'è pallida signora, ha la nausea?". Si commenta da sé.

La notte, assisto la paziente a casa, ma ci rendiamo conto ben presto che la dimissione precoce non è stata una buona idea. Compare dolore all'addome e di nuovo edema al volto; è chiaro che ormai è caduta in una situazione di iper-reattività, le basta un granello di polvere per avere una crisi allergica.

Così ha dovuto affrontare un altro ricovero, in un altro ospedale, dove ha potuto stabilizzare la situazione. Adesso, è passato del tempo, ma ce ne vorrà ancora molto, per recuperare la qualità di vita che aveva conquistato a fatica, prima di questa infelice avventura. Ci restano molta preoccupazione e lunghe sofferenze, per un evento che doveva andare bene, almeno così ci sembrava.

Ci sono le leggi, i piani socio-sanitari, le dichiarazioni più o meno autocelebrative di molte Ordini e Collegi vari e a vari livelli, a dire e ribadire che il paziente è al centro del processo di cura, che la sicurezza è al primo posto nell'erogazione delle cure ("cure sicure", fa pure rima), ma a me restano molte domande che non hanno risposta.

Noi, adesso chi dobbiamo ringraziare per quanto subito e per gli esiti di queste "cure"?

Chi garantisce la sicurezza degli altri cittadini ignari di tutto?

Che posto occupa la deontologia professionale per quei burocrati che firmano nulla osta a procedere, risparmiandosi la pena di controllare se le cose sono fatte per bene?

E i medici e le infermiere e gli operatori socio-sanitari che abbiamo incontrato, cosa ne hanno fatto del codice deontologico, del patto infermiere cittadino, del loro profilo e tutto il resto?

Sono convinta di avere parlato ad un'esperta, ad una professionista che ha lavorato molto e lavora per i colleghi, e quindi per cittadini ed utenti del sistema sanitario. La mia speranza è che, leggendo questo memoriale, secondo il suo discernimento, possa trarre spunto per dare un nuovo pregnante contributo al miglioramento globale del nostro sistema sanità; decida lei, il modo opportuno per farlo.

Le porgo i miei cordiali saluti e le auguro buon lavoro.

Lettera firmata

Dibattito aperto

LA FORMAZIONE

a cura della redazione

Iniziamo su questo numero di TdN un dibattito sul tema delle procedure e delle responsabilità che si arricchirà dei contributi di tutti coloro che vorranno esprimere la loro opinione sul tema.

Ciò che la collega puntualizza a proposito della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario che, insieme con la definizione di protocolli e procedure, sono fondamentali per l'approccio ai rischi connessi a qualsivoglia intervento sanitario, è largamente condivisibile.

Il dettagliato racconto rispetto agli episodi che l'hanno vista spettatrice, insieme alla sorella da lei assistita, si riferisce ad un ospedale che, purtroppo, potrebbe essere simile a molti altri luoghi di cura, cittadini, periferici e dislocati in altre province e regioni del nostro Paese. E, in questo caso, il cosiddetto "mal comune" non costituisce affatto "un mezzo gaudio", ma segnala una situazione allarmante, che non si può conti-

nuare a disconoscere o tollerare, inalberando difese d'ufficio per la categoria dei sanitari che sono sempre troppo pochi, troppo stressati e troppo poco pagati.

Anche ammettendo che così sia, questo non giustificherebbe l'approssimazione del loro agire professionale, lo scorretto uso delle risorse materiali di cui dispongono (poche o tante che siano), la disorganizzazione, la strafottenza, l'incuria.

La lunga e puntuale esposizione della collega si commenta da sola e non ha bisogno certamente di pezze d'appoggio.

Si può invece esprimere una breve riflessione sulla reale efficacia della formazione come elemento che potrebbe modificare questo pietoso quadro d'insieme, dato che il Collegio IPASVI ha, negli anni, promosso iniziative di aggiornamento alle quali gli iscritti hanno partecipato con un entusiasmo non sempre esemplare.

Aggiornamento e formazione sono non solo un dovere, ma una necessità per i professionisti, dato che il bagaglio culturale offerto dalla formazione di base, per quanto ampio e ricco, è in-

FOCUS



sufficiente per consentire a chi lavora in sanità di affrontare con perizia le innumerevoli situazioni problematiche. Inoltre il vorticoso ed incessante progresso della ricerca scientifica e tecnologica rende rapidamente obsolete le conoscenze che, fino a poco tempo prima si ritenevano all'avanguardia. Ciò vale per tutti gli operatori sanitari, infermieri compresi.

Il ragionamento che segue non riguarda, dunque, coloro che (si spera pochissimi) non hanno capito la necessità di una formazione continua, rispetto ai quali ci si può solo augurare che cambino mestiere. Riguarda invece come, quando e con quali accorgimenti la formazione può contribuire efficacemente a migliorare la competenza professionale e la capacità di problem solving degli operatori, soprattutto nelle situazioni di alto rischio per la salute.

La formazione e l'aggiornamento tradizionali, da soli, non bastano. Il cosiddetto "obbligo formativo", sancito da sempre, pur senza vincoli stringenti, dal Codice Deontologico e, dall'anno 2002, imposto anche dalla normativa ministeriale e regionale, non ha fatto altro che ribadire un'illusione purtroppo ancora diffusa: se il professionista è informato/aggiornato su ciò che si deve fare, lo farà.

Che, tradotto in progetti formativi a cui Ministero o Regione assegnano i famosi crediti ECM, suona all'incirca così: scrivi un bel progetto formativo completo di obiettivi, metodi e contenuti, metti in aula per un certo tempo, un certo numero di persone, presenta loro un'adeguata quantità di informazioni basate sulle ultime evidenze di letteratura, somministra, infine un test di verifica dell'apprendimento e...voilà, l'apprendimento è realizzato. Non solo, ma è un apprendimento che si traduce, senza se e senza ma, in competenza operativa.

In realtà i cambiamenti non si realizzano così. E' largamente risaputo che la formazione, che è (giustamente) ritenuta un investimento necessario, non è però una condizione sufficiente per realizzare competenze professionali, a meno che non agisca in sinergia con altre potenti leve del cambiamento: l'organizzazione, le disposizioni normative (sia incentivanti, sia sanzionatorie), la leadership professionale, la motivazione personale...

Sono certa che ciascuno di noi conosce più di un caso di infermieri, medici, caposala, che, pur essendo spesso in prima fila alle iniziative di aggiornamento, non modifica di una virgola i propri modi di agire scorretti o inappropriati. Quale conclusione

trarre dunque dall'importante (e triste, ma istruttivo) racconto della disavventura della collega?

Ne azzardiamo una, che non conclude nulla ma, se possibile, dovrebbe avviare nuovi percorsi formativi.

Sarebbe opportuno realizzare interventi formativi sempre più attenti a coinvolgere davvero, senza limitarsi a cooptarli forzatamente, i professionisti nei percorsi di apprendimento, con l'obiettivo di aumentare non solo le loro conoscenze teoriche, ma soprattutto trasformare la loro pratica quotidiana. Per fare questo è necessario agire sulla motivazione a lavorare bene, in un clima sereno e collaborativo, evitando la competitività che non avvantaggia nessuno, le asprezze di regole gerarchiche immotivate e improduttive, l'inutile tensione per guadagnare il proprio spazio vitale in organizzazioni impersonali, che non valorizzano il contributo fondamentale che tutti i membri del team assistenziale possono offrire.

Promuovere una formazione interessante e utile non vuol dire essere sempre in aula ore ed ore, oppure sempre con le riviste scientifiche in mano. Può voler dire anche creare momenti di incontro e di riflessione sui casi più complessi per capire che cosa è accaduto, che cosa è stato fatto correttamente e che cosa non ha funzionato, come ci si è comportati e come ci si potrà comportare in un caso analogo in futuro.

Nello scenario descritto dalla collega tutto questo non c'è, e, giustamente, viene più volte rimarcato l'inutile sforzo ed il fastidioso affanno di tutti i personaggi ed interpreti per coprire quella che, con un ossimoro, si può definire una vistosa mancanza.

Cosa ne hanno fatto gli infermieri del codice deontologico, del patto infermiere cittadino, del loro profilo e tutto il resto?

La lunga lettera della collega termina proprio con questa domanda alla quale non è facile rispondere. Tuttavia, ancora una volta, cogliamo l'occasione per chiederci, noi tutti 7300 infermieri bresciani, che cosa ne abbiamo fatto del nostro codice deontologico. Lo abbiamo studiato e approfondito? Lo abbiamo almeno letto?

Presentato a tutti gli infermieri, più di otto anni fa, in occasione della giornata mondiale dell'infermiere con l'obiettivo di indicare le caratteristiche della professione, ha fornito una traccia di riflessione per il quotidiano confronto tra i professionisti e i ritardi della cultura e delle strutture in cui operano. Ma detto tra noi: i ritardi non sono forse anche al nostro interno? Quanto siamo lontani da ciò che in fondo, per la prima volta in Italia, hanno elaborato gli infermieri stessi e non altri...

Il primo articolo del codice definisce **l'identità e la mission dell'infermiere**, indicandone le responsabilità e sottolineando l'importanza della partecipazione alla vita degli organismi professionali, luogo di elaborazione e costruzione della cultura infermieristica.

L'articolo 2 elenca i **principi etici della professione**: muovendo dall'assunzione dei fondamentali diritti umani, l'infermiere è tenuto ad impegnarsi per un'assistenza che non discrimini ("tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione"), ma che piuttosto valorizzi le diversità caratteristiche della nostra società ("l'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici, ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo). Non manca tra i principi etici la consapevolezza della funzione manageriale dell'infermiere che, si legge, "contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse".

L'articolo 3 del Codice Deontologico è dedicato soprattutto all'**agire infermieristico**, del quale si richiamano le necessarie premesse di formazione e di aggiornamento. Una forte sottolineatura è riservata al legame tra conoscenza e responsabilità e

al valore dell'integrazione tra professionisti, "la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito".

La parte più articolata (art. 4) è riservata ai rapporti con l'assistito, così come discendono dal **Patto tra infermiere e cittadino del 1996**. Ampio spazio è dato ai temi della comunicazione: non solo il diritto/dovere di ricevere e fornire informazioni sulla storia clinica e assistenziale, ma un più largo impegno ad ascoltare e coinvolgere il paziente per valutare insieme le scelte e raggiungere risultati che siano insieme di comprensione, riservatezza e fiducia.

Il Patto rappresenta infatti uno strumento del tutto innovativo che dà spazio all'esigenza crescente di protagonismo autonomo della professione, rivolgendosi al naturale interlocutore della propria attività. Si tratta di un'autentica scommessa, che inquadra l'assistenza in una dimensione sociale più ampia dei soli limiti delle strutture sanitarie proponendo un "contratto" senza intermediari tra i veri protagonisti dell'assistenza, cioè proprio l'infermiere e il cittadino.

E il nostro Profilo? L'abbiamo fortemente voluto scendendo in piazza, per la prima volta nella storia della professione infermieristica del nostro Paese. Ma viene da chiedersi: conosciamo veramente il nostro profilo professionale? Abbiamo approfondito e interiorizzato questo documento fondamentale che, peraltro, insieme al codice e alla formazione di base permette di definire, per il nostro ordinamento, il campo di attività dell'infermiere?

Il **decreto 739/94** sulla determinazione del profilo professionale dell'infermiere rappresenta una pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Il profilo è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile. Siamo davvero consapevoli che per la legge italiana da oltre un decennio **l'infermiere è l'unico responsabile dell'assistenza generale infermieristica?**

Chi pensa di poter continuare a svolgere una professione così delicata e complessa come la nostra senza fare nulla di tutto questo, semplicemente sbaglia!

Errare humanum est... ma perseverare è diabolico. Completando il famoso proverbio di Seneca il retore, qualche secolo dopo Bernardo di Chiaravalle invita all'approfondimento e alla formazione per evitare di continuare nell'errore. In questo senso il proverbio ricorda il principio etico di non maleficità (primum non nocere) ma rimanda altresì all'istanza etica di un impegno quotidiano, da

Bibliografia

Fry S., Johnson M.J.:
"Etica per la pratica infermieristica"
C.E.A. Milano, 2004

Spinsanti S.:
"Bioetica e Nursing. Pensare, riflettere, agire"
Ed. Mc Graw-Hill, Milano 2001

Viafora C.:
"Etica infermieristica, umanizzare la nascita, la malattia e la morte"
C.E.A. Milano, 1986

Nightingale F.:
"Lettere alle infermiere"
Ed. Marinara, Roma

Kant I.:
"Fondazione della metafisica dei costumi"
trad. italiana di Vittorio Mathien
Rusconi, Milano, 1988

Ferrari A.:
"Problematiche etiche della professione infermieristica"
in Tempo di Nursing, n° 33 - Dic.
2000, pagg. 13-19

alimentare e governare ogni giorno, per la costruzione di gesti di cura e assistenza solidali, efficaci e responsabili.

Ogni infermiere è invitato, anche da uno specifico comma del codice deontologico, a partecipare alla riflessione etica sul proprio agire professionale, ad approfondire le metodologie e gli strumenti per prendere decisioni etiche e a contribuire allo sviluppo del pensiero etico.

L'articolo 5 del codice analizza i rapporti professionali con i colleghi e con gli altri operatori della sanità, che si fondano sull'idea di cooperazione e collaborazione, con un forte richiamo agli strumenti utilizzabili per superare le situazioni critiche, che vanno dalle forme di autovalutazione e verifica al ricorso alle strutture della professione, a partire dai Collegi Professionali.

Certamente gli Ordini e Collegi hanno la responsabilità, confermata anche dall'ultimo accordo stato-regioni in tema di ECM, di aggiornare e formare i propri iscritti su argomenti quali l'etica, la deontologia e la legislazione professionale. Inoltre la Federazione IPASVI sta lavorando a una nuova edizione del Codice Deontologico e questo costituirà sicuramente un motivo in più per promuovere ancora e realizzare progetti formativi su queste tematiche.

Federazione Nazionale IPASVI:
"Linee di orientamento alla lettura del Codice Deontologico degli Infermieri" pubblicazione a cura del Comitato centrale della F.N.C.IPASVI, Roma, 1999

Davanzo G. (commento a cura di):
"Codice Deontologico dell'infermiere professionale"
Editrice Ancora Milano, 1990

Sacchini D.:
"Una lettura in chiave etica del nuovo Codice Deontologico infermieristico" in L'Operatore sanitario - Acos 3-4/1999

Bon G.:
"Potenzialità e insidie nella elaborazione di un Codice Deontologico" in Nursing Oggi, numero 3, Lauri Edizioni, 1999

Carli E.:
"Le regole della professione"
Fedrigotti A. Cortese C.:
"Riferimenti per la nuova assistenza"
L'Infermiere n. 2/1999

PATTO INFERMIERE - CITTADINO

commento a cura dei colleghi del Consiglio Direttivo del Collegio IP.AS.VI. di Brescia

io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

PRESENTARMI, al nostro primo incontro spiegarti chi sono e cosa posso fare per te.	L'infermiere si presenta sin dal primo momento per costruire una relazione umana e professionale autentica, riconoscendo ogni persona nella sua interezza e complessità. Stima e consapevolezza della professione infermieristica, nei cittadini, sono frutto della visibilità professionale dell'infermiere: persona al servizio della persona, che utilizza le scienze infermieristiche e la deontologia professionale per strutturare un percorso di condivisione con il cittadino.
SAPERE chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome.	L'infermiere riconosce ogni essere umano nella sua complessità, senza pregiudizi di sesso, religione, credo politico e stile di vita. Allo stesso tempo, la consapevolezza dell'unicità umana orienta l'agire professionale ad una sensibile percezione dell'identità e dell'individualità di ogni persona.
FARMI RICONOSCERE attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento	Il corpus professionale, che si distingue per le conoscenze e le competenze specifiche, determina – nei rapporti sociali – lo sviluppo e l'affermazione dello status professionale tanto più riconosciuto quanto più l'affermazione crea l'identificazione del ruolo da parte della società. La "divisa", tradizionalmente, manifesta l'appartenenza al nostro gruppo professionale e il "cartellino di riconoscimento" identifica gli "esercenti" la professione. E' soprattutto vero che il ruolo infermieristico trascende la "materia" e pone l'infermiere in rapporto unico e privilegiato con la persona, momento unico ed irripetibile che identifica l'infermiere e dà significato alla professione.
DARTI RISPOSTE chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti	L'assistenza infermieristica è anche di natura relazionale ed è intesa a sviluppare una comunicazione terapeutica con il destinatario del servizio. L'infermiere fornisce una informazione completa, esaustiva, chiara e comprensibile, mediatore della comunicazione interprofessionale e istituzionale.
FORNIRTI INFORMAZIONI utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari	L'allargamento del ventaglio terapeutico, la complessità delle richieste inoltrate ai servizi sanitari, sono ulteriori elementi che richiedono agli infermieri una migliore capacità di entrare in relazione, sia con la persona assistita che con le istituzioni sociosanitarie. Attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi l'infermiere partecipa ad un processo permanente di sviluppo personale e professionale, allo scopo di rendere più agevole il contatto del cittadino con i servizi sanitari.
GARANTIRTI le migliori condizioni igieniche e ambientali	Alla luce di un concetto olistico e dinamico di salute, intesa quindi non solo malattia, accanto alla diagnosi e cura si fanno strada la promozione l'educazione a stili di vita sani. L'infermiere ha nel proprio DNA queste finalizzate a favorire comportamenti e garantire migliori condizioni l'insorgere di patologie o la rottura di equilibri psicologici, fisici e sociali.
FAVORIRTI nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.	In un tempo in cui la riservatezza di soggetto individualmente considerato è salvaguardata più di ogni altro aspetto, aiutare a mantenere i rapporti con le persone più vicine o significative parrebbe un compito arduo; ma è proprio nella logica del rispetto delle indicazioni espresse dall'assistito che l'infermiere interviene aiutandolo a mantenere e/o favorire questi rapporti.
RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini	Il tempo scandisce le tappe della nostra giornata, della nostra nostro lavoro. Esiste un tempo per fare, ma anche un tempo per pensare. Dal punto di vista assistenziale è persona assistita di avere il giusto tempo per sé, per capire, piena consapevolezza e autonomia al progetto terapeutico. Rispettare le abitudini dell'assistito significa anche rispettarne idee e cultura, nella consapevolezza che ogni dimensione di care riguarda l'uomo inserito nel suo ambiente e quindi i suoi legami, i suoi affetti e il suo modo di percepire la salute e la malattia.

<p>AIUTARTI ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.</p>	<p>Considerare la relazione di aiuto come processo dinamico, attivo e non come semplice binomio dare/avere, attribuisce un valore aggiunto alla prestazione infermieristica. L'aiuto alla persona non si esaurisce dunque nell'atto in sé, ma trova piena realizzazione nella capacità di costruire relazioni efficaci dirette, dove possibile, ad aumentare l'autonomia dell'assistito nell'identificazione e soddisfacimento dei propri bisogni di salute. Prestare aiuto significa "condividere", "accompagnare", "orientare", "farsi carico" e ciò richiede da parte dell'infermiere grande responsabilità, competenza e piena consapevolezza del proprio ruolo di garante e gestore dell'assistenza.</p>
<p>INDIVIDUARE i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi.</p>	<p>L'infermiere s'impegna nella rilevazione attenta e competente dei bisogni della persona, riconoscendoLe la libertà di scelta e di autodeterminazione fra le proposte di assistenza infermieristica. L'infermiere è sempre consapevole che il proprio focus professionale e formativo è costituito dall'essere umano, e si adopera affinché la persona assistita riconosca attenzione, disponibilità e competenza.</p>
<p>INSEGNARTI quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.</p>	<p>La salute si configura come un equilibrio dinamico tra corpo - mente - ambiente, va continuamente ricercata attraverso l'adozione di comportamenti appropriati e stili di vita rispettosi. L'infermiere utilizza la migliore modalità comunicativa, adeguata alla persona, per fornire e consolidare questo concetto di salute, che molto affida alla prevenzione.</p>
<p>GARANTIRTI competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle prestazioni assistenziali</p>	<p>La competenza professionale è finalizzata alla soluzione di problemi assistenziali, non è fine a sé stessa ma focalizzata sui bisogni umani. Lo sviluppo di competenza, abilità ed umanità nell'agire professionale configura un professionista capace di assumersi pienamente la responsabilità di garantire qualità ed evidenza della assistenza erogata.</p>
<p>RISPETTARE la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza</p>	<p>A prescindere dalla propria ideologia, religione, opinione politica e filosofia esistenziale, l'infermiere nell'agire quotidiano considera la dignità della persona, il rispetto dell'onore, del decoro e dei valori dell'assistito. Il rispetto della persona è, in ordine di importanza, la prima fra le molte nobili enunciazioni del Patto Infermiere-Cittadino, poiché può essere reso alla persona un servizio solo con un autentico rispetto dei suoi diritti fondamentali.</p>
<p>ASCOLTARTI con attenzione e disponibilità quando hai bisogno</p>	<p>La responsabilità dell'ascolto è fondamento stesso della professione infermieristica, che vuole "prendersi cura" di chi ha bisogno e ripone fiducia in chi, con competenza, può dargli una risposta. Questo tipo di responsabilità implica la capacità di cogliere con prontezza i bisogni psicofisici della persona, i suoi valori e i suoi diritti, di rispettarli e soddisfarli, considerando tutto ciò come momento fondamentale dell'essere infermiere.</p>
<p>STARTI VICINO, quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.</p>	<p>L'infermiere legge l'esperienza della malattia nel vissuto della persona che assiste, comprende le emozioni, le paure e le angosce che si accompagnano al dolore e alla sofferenza.</p>
<p>PROMUOVERE e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione</p>	<p>Per l'infermiere implementare i processi a sostegno del coordinamento tra i professionisti, con particolare riferimento a quegli aspetti che hanno ricadute sulla qualità dell'assistenza, significa migliorare le risposte assistenziali ai bisogni di salute, significa per l'infermiere promuovere l'attività di collaborazione attraverso interventi ,autonomi e complementari ,di natura tecnica ,relazionale ed educativa.</p>
<p>SEGNALARE agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi</p>	<p>L'infermiere opera ed agisce a tutela della persona assistita, pianificando le cure assistenziali, tutelando i diritti del paziente, anche mediante una comunicazione istituzionale responsabile e competente ogni qualvolta si configuri danno e/o disagio per la persona.</p>

LA RESPONSABILITÀ

a cura della redazione

"Responsabile è una persona quando è in grado di rispondere delle decisioni prese, delle azioni compiute e dei risultati perseguiti ed ottenuti."

"E' responsabile chi riconosce i propri limiti, al fine di non nuocere."

"E' responsabile chi colma le lacune delle proprie conoscenze."

"E' responsabile chi è tenuto a rendere conto dei propri atti."

Ma a chi l'infermiere, in quanto professionista della salute, deve rendere conto?

Kant, parlando di responsabilità, diceva: "Puoi, dunque devi".

Si potrebbe affermare che questa condizione di responsabilità era vissuta dagli infermieri allo stato del mansionario, quando ciò che c'era concesso fare (mansione attribuita) doveva essere svolto (funzione ausiliaria).

Dopo soli nove anni dalla Legge 42, anni in cui si sono succeduti mutamenti interni alla professione infermieristica e trasformazioni nei rapporti nella diade sistema sanitario/cittadino, che ci hanno portato ad acquisire in breve tempo maggiore responsabilità e potere decisionale sul paziente; alla luce delle continue sollecitazioni da parte dell'opinione pubblica e degli stessi professionisti, dobbiamo chiederci nuovamente:

Ma a chi l'infermiere, in quanto professionista della salute, deve rendere conto?

- Non alla legge. Tutti siamo tenuti a conoscerla e rispettarla, non è prerogativa del professionista ma di ogni singolo cittadino.
- Non all'organizzazione in cui si lavora. Infermieri si è anche tra la timbratura del cartellino in uscita e quella del giorno dopo in entrata.
- Non al paziente. Difficilmente un paziente è in grado di comprendere, valutare e giudicare gli atti di un professionista.

Sentirsi professionisti responsabili significa assumersi in prima persona tutta la responsabilità che il potere professionale comporta e circa le azioni compiute da altri, che sono a noi specificamente collegati, soprattutto in situazioni di autonomia riconosciuta e non in quanto chiamati a rispondere a qualche

autorità.

Con questo non si vuole dire che un professionista non deve rendere conto a queste autorità, anzi:

- L'infermiere ha la responsabilità giuridica/penale di rispondere delle proprie azioni ed omissioni che costituiscono un reato;
- L'infermiere ha la responsabilità disciplinare di rispondere a norme di comportamento nei confronti del datore di lavoro e del Collegio professionale d'appartenenza;
- L'infermiere ha la responsabilità civile con l'obbligo di risarcire economicamente un danno ingiustamente causato nei confronti di un soggetto;
- L'infermiere ha la responsabilità deontologica che scaturisce da ciò che gli infermieri hanno loro stessi dichiarato nel loro codice deontologico e dalle norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica;

Ma l'infermiere deve essere un professionista responsabile non in risposta ad una condizione ma in quanto possessore di una libera facoltà.

Possiamo chiarire questo concetto di responsabilità se ci si chiede il significato dell'"essere irresponsabili": innanzi tutto è fondamentale affermare che solo chi detiene una responsabilità può essere irresponsabile. Chiunque abbia un qualsiasi "potere" verso gli altri è tenuto ad avere anche un "dovere" verso gli altri, quindi sarà irresponsabile chi usufruirà dell'esercizio del potere senza adempiere il dovere.

La responsabilità è legata al dover rispondere prima a se stessi e poi agli altri, circa le proprie azioni; la prima persona verso la quale ogni infermiere è tenuto ad essere responsabile è se stesso, in funzione del potere esercitato sugli altri.

Essere soggetto dotato di responsabilità implica il dovere essere responsabile.

Oggi noi siamo tenuti a dire, come ci insegna Jonas: "*Devi, dunque fai, dunque puoi*".

Il dover essere scaturisce dalla volontà in quanto consapevole ed autonomo controllo del potere.

Responsabilità e autonomia sono per la professione infermieristica concetti interdipendenti; l'autonomia è alimentata dalla responsabilità, la responsabilità a sua volta necessita di potere.

"La responsabilità è la cura per un altro essere quando venga

riconosciuta come dovere, diventando "apprensione" nel caso in cui venga minacciata la vulnerabilità di quell'essere. Ma la paura è già racchiusa potenzialmente nella questione originaria da cui ci si può immaginare scaturisca ogni responsabilità attiva: che cosa capiterà a quell'essere, se io non mi prendo cura di lui? Quanto più oscura risulta la risposta, tanto più nitidamente delineata è la responsabilità. Quanto più lontano nel futuro, quanto più distante dalle proprie gioie e dai propri dolori, quanto meno familiare è nel suo manifestarsi ciò che va temuto, tanto più la chiarezza dell'immaginazione e la sensibilità emotiva debbono essere mobilitate a quello scopo"

(Hans Jonas - Il principio responsabilità, 1979).

QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO

a cura della redazione

Nelle linee guida della Regione Lombardia sulla gestione del paziente allergico al latte, si legge "Si ribadisce l'importanza della definizione di protocolli e procedure per la gestione del paziente allergico al latte in ogni struttura sanitaria, nonché della formazione-aggiornamento del personale su questo aspetto specifico."

Spesso si associa la qualità alla produzione di documenti scritti (protocolli, linee guida, check list, ecc.) con la finalità di "soddisfare" gli ispettori esterni in occasione delle visite ispettive degli organi certificatori. Ma perché c'è la convinzione da parte di tutti gli operatori sanitari (medici e infermieri) che "fare qualità" significa solo scrivere documenti che spesso restano parcheggiati in un cassetto o in faldoni, mentre operativamente si fa altro? Scrivere, applicare e adottare un protocollo che uniformi il comportamento di tutti gli operatori di fronte ad un problema, non è semplicemente un'esigenza organizzativa che consente a tutti di affrontare un problema in sicurezza per il paziente e anche per l'operatore con l'obiettivo di garantire l'assistenza adeguata allo scopo? Ma se così è, allora perché la qualità viene considerata alla stregua di qualcosa di diverso dalla nostra attività quotidiana? Sarebbe un po' come dire che normalmente si garantiscono prestazioni assistenziali "non di qualità" salvo però scrivere sui documenti che presentiamo agli ispettori esterni, le modalità per garantire la qualità delle stesse.

Tutti sappiamo che non è così, quotidianamente in qualunque struttura sanitaria, sono molteplici le prestazioni di qualità garantite, ma non si capisce perché queste vengono considerate qualcosa di diverso, come se il sistema qualità richiedesse qualcos'altro. In realtà "qualità" significa semplicemente descrivere i nostri processi di cura e far risaltare l'aderenza alle evidenze scientifiche (quando disponibili), oppure alle norme di buona prassi clinica. Il sistema qualità deve essere considerato uno **strumento** per acquisire il metodo di analisi del processo assistenziale, identificando i punti deboli e attraverso gli indicatori, monitorare i punti critici allo scopo di migliorarlo. L'identificazione dei punti critici, il monitoraggio e l'intercettazione di potenziali eventi avversi è attività quotidiana chiamata anche "RISK MANAGEMENT". Se ci soffermiamo ad analizzare la nostra attività scopriremo che quotidianamente facciamo qualità e gestione del rischio clinico ma chiamiamo questo "buona assistenza".

Qualità, gestione del rischio clinico e assistenza sanitaria coincidono, non consideriamoli diversi o in contrasto tra loro, in realtà sono tutte componenti che ci permettono di curare al meglio il nostro paziente.

RISK MANAGEMENT E NUMERO OPERATORI

a cura della redazione

Parlando di risk management non è possibile trascurare il numero di personale coinvolto per garantire una determinata prestazione.

Ogni giorno ci si trova a disquisire su quante persone in più servirebbero per garantire un'assistenza adeguata; studi autorevoli hanno affrontato l'argomento con metodologia scientifica, indicando la correlazione diretta esistente tra personale presente ed indicatori assistenziali.

A seguire si riporta una sintesi di questi lavori.

"Tra i fattori che determinano la qualità di cure infermieristiche, la dotazione di personale è da sempre considerato il più critico. L'insufficiente dotazione impedisce, infatti, l'erogazione delle cure necessarie, espone all'errore, riduce la sicurezza dei pazienti¹ e peggiora gli esiti, cioè i risultati verificabili sul paziente, degli interventi infermieristici². In particolare la letteratura identifica come esiti negativi la polmonite da aspirazione, l'ipotensione/shock, il mancato o ritardato soccorso per complicanze e la mortalità a 30 giorni.¹⁻²

Aiken et al.³ hanno arruolato 232342 pazienti, 10184 infermieri, presenti in 168 ospedali per verificare gli esiti dell'assistenza infermieristica rispetto agli standard di personale.

La scarsa dotazione di personale infermieristico influenza sia il mancato soccorso che la mortalità (rispettivamente OR 1.07, 95% CI 1.02-1.11 e OR 1.07, 95% CI 1.03-1.12). Un OR di 1.07 significa che per ogni paziente in più, rispetto allo standard assunto, il rischio di morte aumenta del 7% (viene considerato un numero medio di 4.7 pazienti per infermiere). Se il rapporto del personale in tutti gli ospedali fosse di 6 pazienti per infermiere piuttosto che 4, ci si dovrebbe aspettare 2.3 (95% CI, 1.11-3.5) morti in più ogni 1000 pazienti e 8.7 (95% CI, 3.9-13.5) morti in più ogni 1000 pazienti con complicanze. Se invece ciascun infermiere assistesse in media 8 pazienti, ci si dovrebbe

Bibliografia

1. Beckmann U, Baldwin I, Durie M, Morrison A, Shaw L. Problems associated with nursing staff shortage: an analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study (AIMS-ICU). *Anaest Intensive Care* 1998; 26: 396-400.
2. Brugnoli A, Dalponte A, Tovazzi C, Lazzeri M, Onorati P, Rizzi L. Dotazione di personale e qualità delle cure. *Assist. Inf Ric* 2006; 25: 51-55.
3. Aiken LH, Clarke SP, Slogane DM, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987-93.

attendere 2.6 (95% CI, 1.2-4.0) morti in più ogni 1000 pazienti e 9.5 (95% CI, 3.8-15.2) morti in più ogni 1000 pazienti con complicanze. Aiken et al.⁴ (2003) hanno analizzato anche la relazione tra numero di infermieri laureati, mortalità e mancato soccorso dei pazienti: i risultati dimostrano che se la percentuale di infermieri con elevata formazione fosse del 60% e il rapporto infermieri/pazienti di 1:4, si avrebbe una riduzione del numero di morti (725 in meno); se invece la percentuale di infermieri con elevata formazione fosse del 20% e il rapporto infermieri/pazienti di 1:8, si avrebbe invece un aumento della mortalità (995 morti in più). Oltre alla quantità di infermieri, pertanto è rilevante anche la loro preparazione: risultati simili sono documentati anche da altri autori.⁵⁻⁶

4. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA 2003; 290: 1671-23.

5. Numata Y, Schulzer M, Van der Wal R, Globberman J, Semeniuk P, Balka E, Fitzgerald JM. Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care setting: literature review and meta-analysis. J. Adv Nur 2006; 55: 435-48.

6. Unruh LY, Fottler MD, Talbot LL. Improving nurse staffing measures: discharge day measurement in "adjusted patient days of care". Improving 2003; 40: 295-304.

Procedura chirurgica in paziente sbagliato

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Esecuzione di un intervento chirurgico su un paziente diverso da quello programmato, che non necessita di tale intervento chirurgico.

Inclusioni: sono inclusi interventi chirurgici eseguiti sia in urgenza che in elezione, sia in regime di ricovero che di Day Hospital e Ambulatoriali.

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

L'evento mette in evidenza una gravissima carenza organizzativa di tutto il sistema e disattenzione grave da parte dell'operatore sanitario (errore di compilazione, di trasferimento e/o di scambio della documentazione sanitaria, difficoltà nella comprensione e non adeguata richiesta e controllo delle informazioni al persona assistita ed ai familiari), necessita di analisi approfondite e della tempestiva attuazione di mezzi correttivi.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Documentazione clinica e registro operatorio

Note (eventuali ulteriori informazioni)

Si definisce procedura qualsiasi tipo di intervento diagnostico/terapeutico indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria

OSSERVATORIO

Insieme al monitoraggio degli Eventi Sentinella, sono in corso di elaborazione le relative Raccomandazioni, specifiche per ciascun evento, per permettere alle strutture sanitarie di avere un quadro di riferimento da adattare ed implementare nelle singole realtà.

In questa fase sperimentale le Schede del Protocollo di monitoraggio degli Eventi Sentinella secondo la tempistica indicata afferiscono al seguente indirizzo di posta elettronica: rischioclinico@sanita.it e al numero di fax 06.59942074, oppure contattare:

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema
Ufficio III - Piazzale dell'Industria 20 - 00144 Roma

Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Esecuzione di un intervento chirurgico sul paziente programmato per quella procedura, ma su un lato sbagliato. Esclusioni: sono esclusi gli interventi eseguiti su un organo diverso da quello programmato, in quanto tale evento sentinella ricade nella categoria "Procedura chirurgica in paziente sbagliato". Pertanto sono esclusi tutti gli interventi eseguiti su organi impari. Inclusioni: interventi chirurgici eseguiti sia in urgenza che in elezione, sia in regime di ricovero che di Day Hospital e Ambulatoriali.

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

L'evento mette in evidenza una gravissima carenza organizzativa di tutto il sistema e disattenzione grave da parte dell'operatore sanitario (errore di compilazione, di trasferimento e/o di scambio della documentazione sanitaria, difficoltà nella comprensione e non adeguata richiesta e controllo delle informazioni al persona assistita ed ai familiari), necessita di analisi approfondite e della tempestiva attuazione di mezzi correttivi.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Documentazione clinica e registro operatorio

Note (eventuali ulteriori informazioni)

Procedura: qualsiasi tipo di intervento diagnostico, terapeutico indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.

Suicidio in paziente ricoverato

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Morte del paziente per suicidio, avvenuta all'interno della struttura ospedaliera. Il paziente è presente nella struttura per ricevere prestazioni di assistenza ospedaliera (ricovero, visita specialistica, controllo). Sono inclusi anche i casi di suicidio di pazienti che tentano di fuggire dall'ospedale e di pazienti in TSO che eludono il personale di assistenza.

Esclusioni: paziente che nel tentativo di fuggire muore accidentalmente.

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

Il verificarsi dell'evento indica una sottovalutazione delle condizioni psichiche del paziente ed una inadeguata sorveglianza dei pazienti a rischio. Le caratteristiche dell'ambiente e degli spazi ospedalieri e le condizioni organizzative (farmaci e taglienti incustoditi, disinformazione del personale sul rischio suicidario) possono favorire il rischio di suicidio.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Cartella clinica, altri registri o documenti sanitari

Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico nel corso di un intervento chirurgico eseguito in modo appropriato e che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure.

Inclusioni: sono compresi tutti gli strumenti chirurgici, le garze, gli aghi da sutura, elementi di strumentario (viti di divaricatori, frammenti di aghi da anestesia locale, frammenti di drenaggi chirurgici ecc.) e quant'altro connesso all'esecuzione dell'intervento, ma non intenzionalmente lasciato nella sede chirurgica.

Esclusioni: sono esclusi gli impianti protesici e le clip per emostasi "perse" nel campo chirurgico, i calcoli biliari "persi" durante la colecistectomia.

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

Evidenzia inadeguatezze del processo organizzativo delle attività di sala operatoria e problemi di relazione e comunicazione all'interno della equipe; in alcune circostanze può essere in relazione con particolari difficoltà dell'intervento chirurgico.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Documentazione clinica e registro operatorio

Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO (codice ICD9CM: 999.6)

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Reazione trasfusionale grave: reazione immunomediata emolitica grave causata da trasfusione di sangue od emoderivati e determinata da incompatibilità dei gruppi A-B-O e fattore Rh

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

L'evento mette in evidenza una carenza organizzativa nel sistema e una disattenzione grave da parte dell'operatore sanitario (errore di compilazione, di trasferimento e di scambio della documentazione sanitaria, difficoltà nella comprensione e errori di scambio di provette o sacche di sangue).

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Documentazione clinica

Decesso, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia associati all'uso di farmaci

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Decesso di persona assistita, coma (1) o perdite di funzioni importanti (2) associate ad errore di terapia (3) avvenuto all'interno di una struttura sanitaria.

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

L'evento mette in evidenza gravi lacune organizzative e gestionali della struttura e/o formativa-comportamentale dell'operatore.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Documentazione clinica, referti PS; 118, segnalazioni AIFA, centri antiveleni, servizi di farmacologia clinica ospedalieri.

Note (eventuali ulteriori informazioni)

(1) Coma: stato di incoscienza da cui la persona assistita non può essere risvegliata neanche a seguito di stimoli energetici

(2) Gravi alterazioni funzionali: danno sensoriale, motorio, di funzionalità d'organo o intellettuale non presente all'ammissione che richiede un trattamento continuo o un cambiamento dello stile di vita.

(3) Errore di terapia: Ogni evento prevenibile nel quale l'uso di un farmaco ha dato come risultato un effetto indesiderato per il paziente. Tale episodio include: errori di prescrizione, di trascrizione, di interpretazione e di trasmissione della prescrizione, di etichettatura, di confezionamento o denominazione, di allesti-

mento, di distribuzione, di somministrazione.

Decesso materno o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Decesso materno o malattia grave correlata al travaglio e/o parto intendendo come correlato al parto gli eventi che si verificano dall'inizio del travaglio (spontaneo o indotto), fino a 3 giorni dopo la dimissione.

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

L'evento mette in evidenza probabili lacune organizzative, sottovalutazioni di fattori di rischio e ritardi/omissioni terapeutiche e assistenziali gravi.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Documentazione clinica (cartella clinica e certificato di assistenza al parto)

Violenza o maltrattamento su paziente

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Aggressione a danno del paziente compiuta da operatori sanitari, altri pazienti o visitatori che comporta gravi lesioni fisiche ai pazienti. Sono incluse le aggressioni avvenute all'interno della struttura sanitaria. Sono compresi anche episodi avvenuti nei corridoi e nelle sale di attesa, la somministrazione di terapie incongrue a scopo contenitivo-sedativo e la mancata somministrazione di terapie antidolorifiche. Esclusione: sono esclusi i diverbi verbali senza offesa alla dignità della persona.

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

Il verificarsi dell'evento indica insufficiente consapevolezza da parte del personale del possibile pericolo di aggressione all'interno delle strutture sanitarie e scarsa vigilanza. Stress e burn-out possono contribuire al verificarsi di comportamenti inconsueti da parte degli operatori.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Cartella clinica, altri registri o documenti sanitari, personale dipendente

Mortalità in neonato di peso >2500 g. entro 48 ore dalla nascita

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Mortalità in neonato sano di peso >2500 g., ovvero non affetto da patologie congenite quali patologie malformative, genetiche, infettive, metaboliche o di altro tipo non compatibili con la vita, entro 48 ore dalla nascita.

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

L'evento mette in evidenza errori diagnostici, terapeutici ed assistenziali gravi del periodo neonatale e/o carenze organizzative e strutturali dei punti nascita.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Documentazione clinica (cartella clinica e certificato di assistenza al parto)

Ogni altro evento avverso che causa morte o gravi danni indicativo di malfunzionamento del sistema e che determina una perdita di fiducia dei cittadini.

Descrizione (dell'evento sentinella da considerare: precisazioni, inclusioni, esclusioni)

Ogni altro evento avverso non compreso tra gli eventi sentinella considerati nelle schede da 1 a 9 che causa morte o gravi danni (1)

Razionale (spiegazione dell'importanza dell'evento ai fini della determinazione di opportuni interventi correttivi)

Il verificarsi dell'evento è indicativo di malfunzionamento del sistema e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Modalità informativa (procedure informative da attivare)

L'operatore (medico, infermiere od altro personale dipendente) comunica immediatamente per via telefonica alla direzione sanitaria di presidio quanto accaduto e fa seguire una relazione scritta, entro 12 ore, indicando le generalità del paziente, le informazioni cliniche pertinenti e la descrizione delle modalità dell'evento. La direzione Sanitaria procede ad informare la Regione ed il Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema entro 5 giorni. Il rapporto completo redatto in seguito alla RCA dovrà essere inoltrato entro 45 giorni lavorativi.

Fonte (fonte dalla quale desumere le informazioni da trasmettere)

Documentazione clinica

PRINCIPI FONDAMENTALI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Opera in due volumi Terza edizione

R. F. Craven, C. J. Hirnle

CEA Edizioni - Casa Editrice Ambrosiana - www.ceaedizioni.it

a cura della redazione

La terza edizione italiana dei Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica di Craven e Hirnle origina dalla quinta edizione americana del 2007. Questa edizione comprende un ampio lavoro di adattamento alla realtà italiana condotto da una équipe di esperti professionisti del settore infermieristico e della formazione.

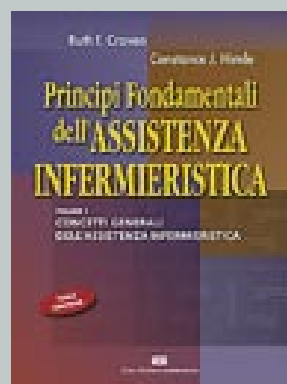
I principi ai quali si è ispirato l'adattamento sono una sostanziale risposta alle richieste, pervenute da più parti, di ricondurre i contenuti dei diversi capitoli alla realtà assistenziale italiana.

I capitoli del primo volume e i relativi argomenti spaziano dall'assistenza infermieristica di comunità alla storia dell'assistenza, dal modello del Servizio Sanitario Nazionale confrontato con Medicare/Medicaid agli aspetti etici dell'assistenza infermieristica, dalla tutela della privacy ai profili professionali di supporto all'infermiere, dalla ricerca infermieristica nel nostro Paese al modello politico e amministrativo che regola il Servizio Sanitario in Italia.

Nel secondo volume sono state adeguate e aggiornate le parti relative alla normativa sulla sicurezza, alcune procedure e linee guida per l'assistenza e il capitolo dedicato alla nutrizione. Inoltre, a fronte dell'importanza dell'argomento nei programmi universitari nazionali, è stato inserito un capitolo dedicato alla termoregolazione che non appare nella quinta edizione americana.

Il testo, che nella versione originale compie oramai quindici anni, conserva la sua tradizionale impostazione metodologica ed è coerente, per il livello dei contenuti, per la qualità dell'esposi-

SCAFFALE



zione e per il modello assistenziale di riferimento, alla sfida della formazione universitaria degli infermieri. In ogni caso, presenta i concetti, i processi e le abilità essenziali che aiutano gli studenti a costruire delle solide basi per la pratica infermieristica professionale.

Le principali novità della nuova edizione riguardano l'inserimento di due nuovi capitoli, il primo dedicato alla medicina complementare e alternativa e il secondo all'assistenza al paziente difficile, l'aggiunta di nuovi inserti dedicati alla ricerca basata sull'evidenza, l'aggiornamento alle più recenti edizioni delle diagnosi NANDA e delle classificazioni dei risultati NOC e degli interventi NIC, l'inserimento di nuove procedure di assistenza.

Anche questa terza edizione italiana presenta l'opera in due volumi che saranno commercializzati unitamente. Il primo volume si compone di 6 unità e 31 capitoli e raggruppa tutti gli aspetti concettuali fondamentali per l'assistenza: dal processo infermieristico alle principali teorie infermieristiche, dal ruolo che assume per la professione la ricerca infermieristica alle tecniche di comunicazione, dalle questioni etico-legali alle teorie sui bisogni umani. Il secondo volume si compone di 11 unità e 23 capitoli. In esso vengono discusse le "funzioni" vitali di ogni individuo: dall'attività fisica alla sessualità e riproduzione, dalla nutrizione all'eliminazione, dal sonno e riposo alla relazione e ruolo, dalla percezione di sé alla capacità di adattamento, dalla capacità di provvedere al mantenimento del proprio stato di salute a quella di connettere e percepire stimoli e sensazioni.

Questa terza edizione, adattata, aggiornata e arricchita, vuole fornire una risposta quanto più esaustiva alla richiesta di un testo di assistenza infermieristica di base, di qualità, al quale possano efficacemente riferirsi gli studenti, del corso della laurea in Infermieristica, e agli infermieri che svolgono attività clinica e formativa all'interno delle organizzazioni assistenziali e di formazione socio-sanitaria.

Libertà e responsabilità

La • loso• a di Hans Jonas

Angela Michelis

Città Nuova. Pagg. 360. Euro 20

a cura della redazione

Jonas, grande filosofo tedesco di origine ebraica allievo di Martin Heidegger, quando nel 1979 pubblica la sua opera più famosa *Il principio responsabilità. Ricerca di un'etica per la civiltà tecnologica*, ha settantasei anni e la sua bibliografia è già assai corposa e significativa. Dal primo studio sulla disputa fra Sant'Agostino e Pelagio del 1930 fino ai *Saggi filosofici. Dalla fede antica all'uomo tecnologico* del 1974, passando attraverso gli studi sullo gnosticismo, ha compiuto un percorso che dimostra ampiamente la sua notevole profondità di pensatore, maturata alla scuola di grandi filosofi come Husserl, Bultmann e, ovviamente, Heidegger.

Eppure sarà il libro del 1979 a consacrarlo come uno dei pensatori più innovativi e interessanti della seconda metà del XX secolo. Infatti, da quel momento in poi Jonas indirizza la sua speculazione verso la "filosofia pratica", impegnandosi a esplicitare il nesso esistente tra etica e ontologia, che è alla base della filosofia della natura. In lui si ritrovano sia la bioetica ambientale sia la bioetica clinica, poiché la sua riflessione più matura si è concentrata sul tema della responsabilità per la vita, dell'uomo e dell'ecosistema. D'ora in avanti egli (che morirà nel febbraio del 1993 a New York) porrà la propria attenzione sui pericoli della civiltà tecnologica che ha fatto trionfare l'*homo faber* sull'*homo sapiens*. Non a caso è stato affermato che "la coscienza ecologica della nostra epoca trova nel pensiero di Hans Jonas la sua maggiore espressione filosofica".

Anche Angela Michelis manifesta chiaramente, fin dal titolo di questo suo volume ampio e ben documentato, di essersi voluta soffermare soprattutto sulla dimensione pratica della filosofia jonasiana, al cuore della quale stanno proprio i due concetti di libertà e di responsabilità. Scrive la Michelis: "Jonas dichiara che l'obiettivo della sua ricerca è la fondazione di un'etica adegua-

SCAFFALE



ta ai tempi tecnologici, fondazione che con intenti teoretici si estenderà alla metafisica per poter dare una risposta sul perché valga l'imperativo di assicurare l'esistenza futura degli esseri umani". Ecco chiarirsi il valore della responsabilità che grava su ciascun uomo, chiamato a render conto ai contemporanei e ai posteri dell'uso che ha fatto della propria libertà. D'altra parte il dono della libertà è davvero grande e terribile nello stesso tempo: "Concedendo all'uomo la libertà, Dio ha rinunciato alla sua potenza" afferma Jonas con parole di indubbia suggestività. Ben lo sapeva lui che, tornando a casa dopo cinque anni di guerra, venne a sapere che la madre era scomparsa nel gorgo infernale di Auschwitz.