

UNIVERSITA' VITA-SALUTE SAN RAFFAELE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea per Infermiere

NURSING MALPRACTICE

Relatore: Lucia Lovecchio

Tesi di Laurea di:
Liana Garini
Matricola: 00294

Anno Accademico: 2001/2002

Di "nursing malpractice" si parla quando si fa un errore che reca danno al paziente e questo errore è uno di quelli che un infermiere sufficientemente attento non avrebbe commesso in una situazione analoga. La legge (statunitense) non chiede che venga data la migliore assistenza che è umanamente possibile dare ma che vengano raggiunti standard soddisfacenti di assistenza.

Partendo da questo presupposto e dall'esperienza americana che offre un'ampia casistica di sentenze per "nursing malpractice", si è cercato di trovare situazioni simili in altri Paesi europei ed extraeuropei.

Dati precisi sul numero degli errori commessi dagli infermieri non sono stati trovati sebbene tra i vari Paesi indagati, Italia compresa, si sia consapevoli che sono sicuramente imputabili in buona parte al comportamento negligente degli infermieri, molti errori nella somministrazione di farmaci, le infezioni contratte durante la degenza ospedaliera, le cadute, le ulcere da pressione.

Alcune sentenze emesse negli Stati Uniti ci hanno permesso di capire che in questo Paese la "nursing malpractice" non è riferita solo a errori diciamo "di manualità" ma è anche ascrivibile, per esempio, alla mancata individuazione e registrazione di un bisogno di assistenza infermieristica come potrebbe essere quello del rischio di sviluppo di ulcere da pressione nel caso di un paziente temporaneamente immobilizzato.

Ciò che preoccupa in generale è l'errore in corsia: un problema che è esploso in questi ultimi anni. Gli Stati Uniti stimano che le morti che si verificano in ospedale a causa di errori degli operatori sanitari sia tra le 44.000 e le 98.000 unità all'anno (rapporto dell'IOM - Institute of Medicine - del settembre 1999). Il Regno Unito ha preso coscienza del problema quando il National Health Service (NHS) si è trovato a dover fronteggiare, per l'anno 2001, costi sanitari aumentati del 50% dal 1998: un aumento dovuto, in gran parte, a risarcimenti danni ai pazienti.

Per la "malasanità" in Italia mancano dati ufficiali: le morti in seguito a errore medico oscillerebbero tra 14mila e 50mila e sarebbero circa 12mila l'anno le cause intentate dai pazienti per una richiesta di risarcimento danni pari a circa 2,5 miliardi di Euro (dossier Cineas - Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni in collaborazione con Zurich Consulting).

La sanità del terzo millennio si trova a dover fronteggiare una richiesta di prestazioni sanitarie in vertiginoso e costante aumento dovuta sia alla più lunga aspettativa di vita della popolazione che al crescente bisogno dell'individuo di vedere sconfitti a ogni costo la malattia e il dolore. A tutto questo, naturalmente, si aggiungono i crescenti costi a copertura di premi assicurativi sempre più alti al fine di garantire il risarcimento dei danni causati da errori compiuti dagli operatori sanitari.

Qualità e sicurezza sono termini che si incontrano frequentemente nei programmi di intervento migliorativi dei servizi sanitari dei vari Paesi industrializzati. In Italia, per quanto riguarda la ricerca della qualità delle prestazioni in campo sanitario, possiamo dire che qualcosa si è iniziato a fare a partire dagli anni novanta. Per quanto riguarda la sicurezza qualcosa si sta facendo. È il progetto "Imparare dall'errore - Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale" promosso dal Tribunale per i diritti del malato e a cui hanno aderito una ventina di ospedali italiani.

INDICE

INTRODUZIONE	pag.	5
1 - "NURSING MALPRACTICE": PAESI A CONFRONTO	"	8
1.a - Stati Uniti	"	9
1.b - Regno Unito	"	15
1.c - Australia	"	23
1.d - Altri Paesi	"	25
Considerazioni	"	29
2 - MALASANITA' E "NURSING MALPRACTICE" IN ITALIA	"	31
2.a - I dati del CENSIS	"	32
2.b - I dati del Tribunale per i diritti del malato	"	33
2.c - I dati del Ministero della Salute	"	36
2.d - I dati di Prometeo - Atlante della Sanità Italiana 2001	"	37
Considerazioni	"	40
3 - L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA E L'ERRORE IN CORSIA	"	41
3.a - La tipologia dell'errore secondo il Tribunale per i diritti del malato	"	42
3.b - Il modello teorico su cui si basa il metodo di intervento per analizzare gli errori medici proposto da James Reason	"	43
3.c - Prestazioni infermieristiche e possibili errori	"	47
3.d - Errore e quasi errore: è possibile prevenirli?	"	52
Considerazioni	"	66
4 - I DIRITTI E I DOVERI DEL MALATO	"	68
4.a - Il concetto di salute	"	69
4.b - Il nuovo paziente	"	71
4.c - I quattordici diritti dei cittadini in campo sanitario	"	73
4.d - La "Carta della professionalità medica"	"	76
4.e - Il nuovo ruolo dell'infermiere	"	77
Considerazioni	"	78
5 - LA SANITA' DEL TERZO MILLENNIO	"	80
5.a - L'assistenza sanitaria di qualità	"	83
5.b - Le dimensioni della qualità	"	87
5.c - La Sanità che cambia	"	88
5.d - Le nuove frontiere della salute. Il progetto degli infermieri per una Sanità al servizio dei cittadini	"	91
Considerazioni	"	92

6 - STRATEGIE, STRUMENTI, POLITICHE AZIENDALI ADOTTATE E ADOTTABILI PER LA RILEVAZIONE E L'ABBATTIMENTO DEI CASI DI "NURSING MALPRACTICE"	pag. 94
6.a - Il CeSREM - Centro Studi San Raffaele Rischi	
Errori in Medicina	" 95
6.b - Le unità di gestione del rischio	" 99
6.c - Il controllo delle infezioni ospedaliere	" 107
6.d - L'accreditamento e la qualità	" 112
6.e - La formazione	" 119
6.f - Iniziative varie	" 129
Considerazioni	" 136
 CONCLUSIONI	 " 138
 BIBLIOGRAFIA	 " 142

INTRODUZIONE

“Nursing malpractice' occurs only under two conditions:

- (1) you make a mistake that harms a patient, and
- (2) the mistake is one that a reasonably careful nurse wouldn't have made in a similar situation. The law doesn't require you to provide the best or safest care humanly possible – only **to meet a reasonable standard**”.¹

Ovvero: si può parlare di “**nursing malpractice**” quando

- (1) si fa un errore che reca danno al paziente e
- (2) l'errore è uno di quelli che un infermiere sufficientemente attento non avrebbe commesso in una situazione analoga. La legge non chiede che venga data la migliore assistenza che è umanamente possibile dare ma che vengano raggiunti **standard soddisfacenti di assistenza** *.

Se questo è ciò che prevede la legge, americana, noi ci chiediamo quali sono gli errori che trasformano un'assistenza soddisfacente in assistenza sotto i livelli standard. E ci chiediamo anche perché i professionisti della salute e gli enti erogatori di salute non possano tentare di garantire la migliore assistenza possibile, invece di limitarsi a livelli standard, nella consapevolezza che l'evenienza che qualche errore accada è, comunque, umanamente accettabile.

Il problema degli errori in corsia è esploso in questi ultimi anni.

Gli Stati Uniti stimano che le morti che si verificano in ospedale a causa di errori degli operatori sanitari sia tra le 44.000 e le 98.000 unità all'anno, secondo il rapporto dell'Institute of Medicine del settembre 1999.

Il Regno Unito ha preso coscienza del problema quando il National Health Service (NHS) si è trovato a dover fronteggiare costi sanitari per l'anno 2001 previsti in 4,4 miliardi di lire sterline contro un importo di 2,3 miliardi del 1998: un aumento del 50% della spesa sanitaria in soli tre anni dovuta, in gran parte, a risarcimenti richiesti dagli utenti danneggiati dal servizio sanitario nazionale.

In Australia tra il 2000 e il 2001 sono stati costituiti alcuni organismi aventi lo scopo di implementare la sicurezza del servizio sanitario, monitorare e ridurre i

¹ Wilkinson A.P, *Nursing malpractice*, Nursing Library, Issue: June 1998, in <http://www.findarticles.com>

* libera traduzione della scrivente

casi avversi perché, secondo il rapporto 2001 dell'Australian Council for Safety and Quality Council, l'errore clinico costa alla nazione circa 4 miliardi di dollari australiani l'anno.

L'Italia non ha dati ufficiali relativamente agli errori in corsia.

È il CENSIS - Centro Studi e Investimenti Sociali - che ci fa sapere che l'analisi del contenuto stampa realizzata su 21 testate nazionali per un periodo di 12 mesi nell'anno 2000 ha rivelato che ben 340 articoli parlavano di casi di malasanità.

È il Tribunale per i diritti del malato che ci informa che il 30,3% dei contatti che il PiT Salute - Progetto integrato di Tutela, creazione del Tribunale stesso - ha avuto nell'anno 2001 sono relativi a sospetti errori di diagnosi e terapia e che le principali aree di errori sono ortopedia, oncologia, ostetricia e chirurgia generale.

A fronte di questi errori che cosa può fare l'operatore singolarmente e che cosa possono fare gli enti erogatori del servizio? L'assistenza di qualità può diventare una realtà?

La sanità del terzo millennio deve necessariamente puntare al miglioramento della qualità delle prestazioni e deve porre l'utente al centro della propria attenzione.

Qualcosa, nei vari Paesi presi in considerazione, si sta muovendo.

La partenza per il miglioramento, la riduzione cioè della spesa del servizio sanitario, potrebbe sembrare poco rispettosa dei bisogni dell'individuo. Non vale la pena di fossilizzarsi: meglio una partenza così che il nulla. La ricerca della qualità passa anche per questa via.

Nell'indagine ci si è imbattuti in iniziative più o meno valide. Esse rappresentano senz'altro una piccola parte di quello che nei vari Paesi si sta facendo.

Si è posta, ovviamente, maggiore attenzione a quanto avviene in Italia. Qui siamo veramente agli inizi ma sembra di buon auspicio il titolo del progetto "Imparare dall'errore" proposto dal Tribunale per i diritti del malato a cui hanno aderito vari enti e organizzazioni.

Aiuta, nel nostro Paese, nella ricerca dell'assistenza di qualità, lo sforzo formativo ed educativo intrapreso, di base e di aggiornamento continuo, rivolto non solo ai medici ma anche agli altri operatori sanitari: è qui, in questo ambito formativo, che andrebbe inserita la cultura dell'imparare ad ammettere e discutere i propri errori.

Ma tutti gli sforzi possono venire, purtroppo, vanificati dalla sempre più grave carenza di infermieri: una figura chiave nell'erogazione dell'assistenza che sta scomparendo in quasi tutti i Paesi industrializzati.

1 - “NURSING MALPRACTICE”: PAESI A CONFRONTO

Un’analisi della letteratura internazionale degli errori degli operatori sanitari, e in special modo degli errori compiuti dagli infermieri, ha confermato che la casistica più consistente proviene dagli Stati Uniti seguiti poi dagli altri Paesi anglofoni, Regno Unito, Australia, Nuova Zelanda, Canada.

La casistica di questi Paesi non eguaglia comunque quella degli Stati Uniti la quale rimane, per la sua corposità e per la sua diversificazione, uno strumento di riflessione e di partenza per la valutazione della situazione attuale in altri Paesi e per le eventuali azioni che potrebbero essere intraprese per scongiurare il verificarsi di errori e soprattutto per evitarne la ripetizione. Questo non solo nella consapevolezza che “To err is human”², che sbagliare è umano, ma nella convinzione che l’errore in ambito sanitario è difficilmente accettabile e giustificabile considerato che **lo scopo dell’assistenza sanitaria** dovrebbe essere quello di curare, sostenere, assistere, accompagnare, **senza** causare danni ulteriori al malato.

Difficile rintracciare casi documentati relativi ad alcuni Paesi dell’Unione Europea. Non si riesce a comprendere se ciò sia attribuibile a una minor consapevolezza del malato rispetto ai propri diritti da far valere o se sia invece imputabile al minor interesse di questi Paesi a divulgare informazioni sul tema dell’errore in campo medico.

Diversi Paesi, invece, tra cui Belgio, Francia, Gran Bretagna, Italia, Olanda, Scandinavia, lamentano la carenza di infermieri con la sola eccezione della Spagna che, per contro, li esporta. Sembra, comunque, che la carenza di infermieri e il conseguente scadimento del servizio, accomuni Paesi anglofoni e Paesi europei e che per tutti sia di estrema importanza riuscire a costruire un nuovo modello di sanità: **la sanità del terzo millennio**. Una sanità di qualità, al servizio del malato, umana, efficiente, avanzata.

Tutto questo tenendo presente:

- (1) il costante e progressivo aumento della popolazione di utenti – i figli degli anni sessanta che invecchiano (la cosiddetta “baby-boom generation”)

² *To err is human: building a safer health system*, Report of the Quality of Health Care in America Committee of the Institute of Medicine, September 1999

- (2) il conseguente incremento di prestazioni sanitarie da erogare dovute all'invecchiamento della popolazione
- (3) la necessità di contenere i costi sempre più elevati anche per motivo degli altissimi premi che gli ospedali devono pagare per polizze assicurative a copertura degli errori compiuti dagli operatori sanitari.

1.a – STATI UNITI

Secondo The Columbia Electronic Encyclopedia, Sixth Edition³ il termine “malpractice” sta a significare:

Inadeguatezza, incapacità, imperizia, a fornire prestazioni professionali con la destrezza generalmente esibita da un professionista responsabile e attento e per ciò risultante in un danno, perdita o lesione al ricevente. Sebbene anche altri professionisti, tra cui commercialisti, avvocati, ingegneri, ecc. possano essere accusati di “malpractice”, questo termine è più frequentemente associato alle professioni mediche (medici, infermieri, tecnici sanitari). Molte delle cause intentate sono per **negligenza** da parte degli operatori sanitari nel fornire un'adeguata assistenza. In questi ultimi decenni, come conseguenza dell'alto costo dell'assistenza sanitaria, ci si è trovati di fronte a un notevole aumento di cause per “malpractice”. Ciò ha portato a una lievitazione considerevole dei premi assicurativi a copertura di questo rischio tant'è che alcuni autori ritengono che sia in atto “un atteggiamento di difesa da parte di alcuni membri della classe medica i quali non sono disposti a prescrivere o richiedere procedure potenzialmente rischiose per l'utente al fine di proteggersi da eventuali successive chiamate in giudizio ...”. *

La Quality of Health Committee dell'Institute of Medicine - IOM, organizzazione "nonprofit" (senza fini di lucro) americana che lavora a stretto

³ <http://www.encyclopedia.com/articles/07948.html>

* libera traduzione della scrivente

contatto con il Department of Health and Human Services (analogo del nostro Ministero della Salute), ritiene che l'assistenza sanitaria negli Stati Uniti non è così sicura come dovrebbe essere. Il rapporto stilato da tale commissione nel settembre dell'anno 1999⁴ stima che il **numero di morti che si verificano in ospedale a causa di errori degli operatori sanitari sia tra le 44.000 e le 98.000 unità all'anno**, morti che si sarebbero potute evitare se gli errori fossero stati adeguatamente prevenuti.

Oltre al costo in vite umane, questi tragici errori, sempre a detta del rapporto dell'IOM, portano a un esborso economico totale variabile tra i 17 e i 29 miliardi di dollari all'anno, comprendendo tutti gli ospedali della nazione. Questa stima include sia le spese per le cure addizionali che diventano necessarie per riparare i danni prodotti dall'errore, sia la perdita in termini di produttività delle persone danneggiate nonché le disabilità e gli handicap che possono derivare dal danno subito.

Ma va tenuto presente anche un altro tipo di "costo" a cui forse non si è abituati a pensare: è questo il "costo" rappresentato dalla sfiducia e dal risentimento che i malati danneggiati portano a nutrire verso il sistema sanitario e i professionisti della salute. E il prezzo che i professionisti pagano è la frustrazione personale - morale e professionale - e un crollo di credibilità.

Il "costo" invece a carico della comunità, della società, deriva dalla ridotta produttività della classe dei lavoratori, dalla ridotta frequenza scolastica e da un più basso livello dello stato di salute della popolazione.

Sembra che negli Stati Uniti, sempre secondo il rapporto dell'IOM, l'esplosione di errori da parte degli operatori sanitari sia dovuta a più fattori.

Uno di questi è la decentralizzazione dell'assistenza sanitaria per cui il malato riceve il trattamento in strutture differenti nessuna delle quali ha la visione e l'informazione globale sullo stato di salute del malato. In siffatto contesto è più facile che avvengano errori.

Inoltre gli operatori sanitari non sono sufficientemente addestrati dalla formazione di base e da quella successiva, a prevenire ed evitare gli errori.

Va anche detto che la paura di incorrere in qualche procedimento giudiziario può frenare la denuncia dell'errore, denuncia che sarebbe quanto mai utile per aiutare gli operatori a **"imparare dall'errore"**.

⁴ *To err is human: building a safer health system*, September 1999, opera citata

Tipologia dell'errore

Tipologia dell'errore
Diagnostica Errore o ritardo nella diagnosi Mancato utilizzo di esami o test appropriati Utilizzo di esami o terapia obsoleti Mancata azione dopo monitoraggio o esami
Trattamento - terapia Errore nella esecuzione di un intervento chirurgico, procedura o test Errore nell'eseguire il trattamento Errore nel dosaggio o somministrazione di un farmaco Ritardo nell'esecuzione del trattamento o nello intervenire a seguito di risultati di test anomali Cura non appropriata (o non indicata)
Prevenzione Non effettuazione di trattamenti profilattici Inadeguato monitoraggio o "follow-up" di un trattamento
Altro Mancanza di comunicazione Rottura di macchinari e attrezzatura Altre mancanze del sistema (in generale)
Fonte: Leape, Lucian; Lawthers, Ann G.; Brennan, Troyen A., et al. Preventing Medical Injury. Qual Rev Bull. 19(5): 144-149, 1993 (libera traduzione della scrivente)

Ma quali sono gli errori rilevati negli Stati Uniti che risultano più frequentemente commessi?

Sembra ancora attuale la tipologia di cui alla precedente tabella nella quale si possono ricomprendere:

- errori di trasfusione e reazioni avverse a farmaci
- interventi chirurgici in sedi sbagliate e lesioni da pratiche chirurgiche
- suicidi prevedibili ed evitabili
- lesioni o morte a seguito di misure di contenzione del malato
- infezioni ospedaliere

- cadute, bruciature, ulcere da pressione
- scambio di persona.

A seguito dello scalpore prodotto dal rapporto dell'IOM del settembre 1999, sia l'amministrazione Clinton prima che quella Bush poi, hanno deciso di adottare provvedimenti atti a migliorare la sicurezza del malato e abbattere il numero degli errori commessi dagli operatori sanitari.

È datato 1° febbraio 2002 l'annuncio del Segretario dell'HHS, US Department of Health and Human Services, Tommy G. Thompson, circa la proposta del Presidente americano in carica di stanziare 10 milioni di dollari USA a sostegno di iniziative migliorative in tal senso portando a quota 84 milioni di dollari l'ammontare totale dei finanziamenti per l'anno fiscale 2003 a disposizione dell'HHS per interventi in questo settore.^{5*}

Somministrazione di farmaci: è questo in assoluto il campo dove maggiormente si verificano errori o meglio è questo il campo dove è più facile avere notizia dell'avvenuto errore. Un'analisi compiuta negli USA su certificati di morte compresi tra il 1983 e il 1993 ha mostrato che le morti per errori nella somministrazione di farmaci erano state 2.876 nel 1983 a fronte di 7391 morti avvenute nel 1993 per lo stesso motivo.

Gli errori di somministrazione avvengono più facilmente negli ospedali e i bambini sono particolarmente a rischio e ancora più a rischio sono i bambini nelle rianimazioni pediatriche piuttosto che quelli ricoverati in pediatria o in neonatologia. Ciò è dovuto soprattutto a errori nel dosaggio dei farmaci, alla eterogeneità delle patologie a carico dei bambini ricoverati e anche al gran numero di farmaci utilizzati in queste aree.

“Nursing malpractice”: l'uscita nel 2001 della seconda edizione del libro *Nursing Malpractice*⁶ di ben 864 pagine (!) non solo fornisce un'idea della complessa e notevole quantità di procedimenti giudiziari che vengono intentati nei confronti degli infermieri ma rivela anche le azioni dagli stessi messe in atto per coprire e nascondere gli errori commessi.

⁵ HHS News – *HHS to propose new finding and focus on patient safety*, Friday, Feb. 1, 2002

* libera traduzione della scrivente

⁶ Iyer P.W., *Nursing Malpractice*, Lawyers & Judges Publishing Company, Inc. second edition, 2001

Ma vediamo alcuni **esempi** di “nursing malpractice” verificatisi negli Stati Uniti.

Assistenza

Il paziente era portatore di cannula tracheale e stava soffocando per il muco. Non poteva parlare e cercò, pertanto, di afferrare il campanello il quale però non era facilmente raggiungibile. Cadde dal letto, si fratturò l'anca e subì un trauma cranico. La giuria gli riconobbe 1,5 milioni di dollari USA e 160.000 dollari USA alla moglie per “nursing malpractice”. Corte Suprema del New Jersey, 1996.

Somministrazione di farmaci

Un medico residente prescrive quattro unità di insulina. L'infermiere/a interpreta male e somministra quaranta unità di insulina lenta che porta in stato di shock e alla morte del paziente due giorni dopo la somministrazione. Essendo novantenne (“a no-code patient”=paziente da non rianimare) non fu messa in atto alcuna pratica rianimatoria. Questo però non ha sollevato l'infermiere/a dall'essere considerato/a responsabile della morte del paziente. Corte Suprema del New Jersey, Appello, 1996.

Ulcere da pressione

L'assistenza infermieristica resa a questo paziente è stata al di sotto dello standard di un'assistenza professionalmente valida. Il paziente era ad alto rischio per lo sviluppo di ulcere da pressione. Era immobilizzato a letto e non poteva muoversi. L'alto grado di rischio per questa evenienza non era stato registrato nella cartella infermieristica. Né tanto meno era stata trovata traccia di una diagnosi infermieristica sullo stato della cute né era stata trovata traccia di un obiettivo infermieristico avente come oggetto la prevenzione di lesioni della cute. Ci sarebbe dovuto essere un programma di intervento per mantenere l'integrità cutanea. È molto importante che il medico e l'infermiere/a collaborino per adottare provvedimenti volti a mantenere l'integrità della cute del paziente.

Come regola generale, in un caso di “malpractice” contro un operatore sanitario, il paziente deve essere in grado di provare che l'operatore sanitario in questione è obbligato a proteggerlo e a preservarlo da eventuali danni. Nel caso di cui trattasi l'operatore sanitario non aveva ottemperato al suo dovere, il paziente aveva per questo motivo sofferto un danno e gli atti e le omissioni dell'operatore sanitario erano stati considerati effettivamente la causa primaria della lesione e del danno subito dal paziente.

Corte di Appello della Louisiana, 1997

Cadute

La paziente si alzava dal letto sei/sette volte per notte. Il pavimento della stanza da bagno era umido. Cadde e si fratturò il femore. La paziente era stata lavata sotto la doccia in giornata. Le infermiere/i avevano controllato la paziente due volte ogni turno ma la cartella infermieristica non riportava alcuna annotazione sul fatto che il pavimento fosse stato asciugato o quantomeno ispezionato.
Corte di Appello della Florida, 1997.

Svuotamento della vescica

Quando un paziente non urina per un periodo di 24 ore dopo che il catetere vescicale posizionato durante l'intervento chirurgico è stato rimosso, l'assistenza infermieristica deve essere considerata al di sotto degli standard minimi di professionalità se l'infermiere/a che assiste il paziente non rileva il fatto, non monitora la diuresi, e non adotta i provvedimenti necessari.
Corte Suprema Carolina del Nord, 1996.

Infezioni

L'infezione da Clostridium era legata a una carenza nell'effettuazione di manovre da fare in asepsi da parte dell'infermiera/e del pronto soccorso.
Il paziente si presentava con un dito amputato da un macchinario. Aveva avvolto la sua mano e il suo braccio nella sua camicia, raccolto il dito tagliato, ed era stato portato in pronto soccorso. In ospedale, secondo quanto accertato dalla Corte di Appello della Louisiana, il medico del pronto soccorso puliva ed eseguiva la toilette chirurgica della ferita e affidava il paziente a un ortopedico per il riposizionamento del dito.
La Corte accettò la testimonianza del paziente: prima della pulizia iniziale e della toilette chirurgica in pronto soccorso, l'infermiera/e provvedeva a tagliare la manica della camicia sino al gomito ma non puliva completamente né la mano né il braccio.
La Corte stabilì che al fine di prevenire infezioni si sarebbe dovuta rimuovere completamente la camicia del paziente, si sarebbero dovuti lavare accuratamente la mano e il braccio, si sarebbe dovuto preparare il campo per l'intervento chirurgico e coprire con teli sterili: tutto questo prima della pulizia e della toilette chirurgica.
Corte di Appello della Louisiana, 1996.

I casi qui riportati, tratti dalla Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession* – una pubblicazione mensile destinata agli infermieri con lo scopo di aiutarli a prevenire problemi di tipo legale – mostrano come negli Stati Uniti i casi di “malasanità”, e relative conseguenze, riguardino errori, omissioni, negligenze, che coprono l'assistenza infermieristica in toto: **non solo** quindi l'errore inequivocabile ma anche la mancata rilevazione e annotazione di uno specifico bisogno assistenziale del malato (vedi il rischio per le ulcere da pressione, la sicurezza dell'ambiente –

* libera traduzione della scrivente

campanello di chiamata, il mancato monitoraggio dello svuotamento vescicale). Tutto quanto detto non può prescindere dal tenere in considerazione la peculiare realtà del Paese:

- un servizio sanitario di tipo prevalentemente privatistico, con tutte le conseguenze che ciò comporta per l'utente
- procedimenti giudiziari basati sul diritto giurisprudenziale, consuetudinario, - sono le decisioni delle giurie popolari che fanno legge, e non la normativa vigente come nel diritto romano - quasi un incentivo alla chiamata in causa del possibile colpevole.

1.b – REGNO UNITO

Il National Health System – il servizio sanitario inglese - non gode attualmente di buona salute.

“Il pessimo stato di salute del servizio sanitario nazionale (noto come NHS) è una delle massime cause di scontento dell'elettorato e il Governo (laburista) sa che deve porre rimedio se vuole nuovamente vincere le elezioni del 2006”. Per sanare la grave situazione “il Governo laburista britannico ha annunciato un aumento delle imposte per finanziare un robusto incremento della spesa sanitaria nazionale”. “La scommessa è peraltro ardua poiché sarà tutta da provare l'equazione tra aumento delle spese e miglioramento dell'efficienza del sistema”⁷.

Lo scetticismo è d'obbligo considerato che la Sanità inglese, negli ultimi cinque anni, ha già ricevuto pingui finanziamenti a cui non sono però conseguiti miglioramenti significativi nella qualità del servizio. Questo a dimostrazione che quando ci si occupa dei bisogni di salute della persona enorme importanza assume anche la motivazione degli operatori sanitari, il loro coinvolgimento diretto nel miglioramento del servizio e la loro responsabilizzazione nel processo di assistenza: il tutto si traduce in fiducia dell'utente verso il sistema e per riflesso in soddisfazione professionale dell'operatore stesso.

⁷ Niada M., *Tasse per curare la sanità*, Il Sole 24 Ore, 18 Aprile 2002

È curioso rilevare che nel Regno Unito^{8*} si fa riferimento ai casi di “malasanità” non con il termine americano “nursing malpractice” ma usando

“clinical negligence”: termine dato a una infrazione al dovere di assistenza da parte degli operatori sanitari, ivi inclusi medici e infermieri. Può contemplare errori e inadempienze che possono verificarsi in qualunque momento della pratica quotidiana, dalla prescrizione di farmaci e loro somministrazione sino agli errori commessi durante interventi chirurgici complessi.

Il problema è esploso quando il National Health Service (NHS) si è trovato a dover fronteggiare i costi per l’anno 2001 previsti in 4,4 miliardi di lire sterline contro un importo di 2,3 miliardi di lire sterline nel 1998: un aumento di poco più del 50% in soli tre anni!

Sembra che tale incremento della spesa sia dovuto a un maggior numero di denunce degli utenti per errori nell’assistenza piuttosto che a un aumento degli errori effettivamente commessi dagli operatori sanitari. Questo probabilmente perché oggigiorno è più semplice per gli utenti citare in giudizio ospedali e operatori sanitari e anche perché i pazienti sono molto più attenti, più informati in generale, e molto più consapevoli dei propri diritti in tema di salute.

Obiettivo del NHS è quello di costruire un sistema sanitario più sicuro per gli utenti. Liam Donaldson, Chief Medical Officer del NHS, afferma che “abbiamo bisogno di una **cultura della non punibilità** per invogliare gli operatori sanitari ad ammettere i propri errori senza il timore di incorrere in sanzioni. Anche i migliori dottori e infermieri qualche volta commettono degli errori. Dobbiamo essere consapevoli del fatto che alcuni errori avvengono ma anche ammettere che avvengono senza intenzionalità. Questo non significa che non si avrà alcuna azione disciplinare o che nessuno sarà ritenuto colpevole ma significa che possiamo cercare di utilizzare quegli errori come una fonte di apprendimento e non di giudizio”.

Sono milioni le vite salvate o migliorate dal servizio sanitario ogni anno ma,

⁸ BBC news, *Q&A: The NHS clinical negligence bill*, 24 April 2002 in <http://news.bbc.co.uk>

nel contempo, si verificano circa 850.000 eventi sfavorevoli (“adverse events”) che danneggiano il paziente. E si ritiene che per ciascuno di questi eventi ci sia un numero di 3.000 incidenti potenziali – cioè errori che vengono individuati prima del loro verificarsi. Tutto questo costa al NHS circa 400 milioni di lire sterline all’anno per liquidare rivendicazioni legate agli errori degli operatori sanitari, 1 miliardo di lire sterline per infezioni contratte durante il ricovero in ospedale e altri 2 miliardi di lire sterline per il prolungamento della degenza ospedaliera.

“**Imparare dall’errore**” è l’obiettivo futuro dei responsabili del servizio sanitario inglese. A questo scopo è stata ufficialmente “lanciata” il 20 marzo 2002 la National Patient Safety Agency la cui “mission” sarà quella di realizzare un sistema per la denuncia degli eventi sfavorevoli e di trovare soluzioni da applicarsi in ambito NHS. L’Agenzia focalizzerà l’intervento su ciò che può essere fatto perché l’errore umano, che non può ragionevolmente pensarsi possa essere del tutto eliminato, venga bloccato prima che il danno si verifichi.

Liam Donaldson, Chief Medical Officer del NHS, ha tenuto a precisare che “l’assistenza fornita dal NHS ha standard clinici molto alti e che errori gravi risultano rari se confrontati con il volume di interventi che il servizio offre sia in ospedale che al domicilio. D’altronde quando un evento grave si verifica le conseguenze sono spesso tragiche. Ma ciò che è sconcertante è che segnali di potenziali errori si siano verificati già prima di un incidente grave ma purtroppo non si è stati capaci di imparare da questi segnali. E ciò è inaccettabile. Molti di questi errori sono evitabili e quindi la costituenda Agenzia introdurrà un sistema per identificarli, registrarli, analizzarli e riferirli. La lezione può essere condivisa e appresa, sistemi e procedure individuati per prevenire o ridurre al minimo l’errore umano”.

Sempre secondo Liam Donaldson, “**un errore su quattro** è dovuto a sbagli nella somministrazione di farmaci” e questo con riferimento al caso di Wayne Jowett, un paziente di 18 anni affetto da leucemia morto per la somministrazione di un farmaco per via spinale piuttosto che per via parenterale. Altre quattordici persone erano morte in precedenza in circostanze simili. “Si può argomentare che (come nel caso di Wayne) l’errore fu causato perché due farmaci erano stati confezionati in modo simile. Si può anche ragionevolmente ritenere che il medico

che ha somministrato il farmaco non si sia sottoposto al controllo incrociato prima di procedere, come raccomandato.

Vero è che modificando la confezione del farmaco e la forma della siringa (nel caso di Wayne la siringa contenente il farmaco da somministrarsi per via parenterale si collegava perfettamente al cateterino spinale!) è possibile eliminare totalmente la possibilità che errori di questo tipo si ripetano. La tendenza è di modificare un sistema che, attualmente, permette che gli errori si verifichino. È inevitabile che le persone sbaglino ma si vuole ridurre il margine di questi errori umani^{9*}.

Accanto al termine “clinical negligence” è interessante notare l’uso di un altro termine che sembra riguardare più specificamente gli infermieri

“clinical governance”: uno strumento di lavoro che aiuta tutti gli operatori sanitari - infermieri inclusi - a migliorare costantemente la qualità e gli standard dell'assistenza erogata. Sebbene il nome sia nuovo, “clinical governance” include molte cose che sono già conosciute agli infermieri: verifica clinica, “risk management”, assistenza basata sull'evidenza, partecipazione attiva del paziente nel processo di cura, supervisione clinica, aggiornamento professionale continuo.*

Questo nuovo strumento di lavoro promosso e organizzato dal Royal College of Nursing (uno dei più importanti sindacati inglesi degli infermieri) si basa su discussioni e riflessioni intervenute tra un vasto numero di infermieri sparsi nel Paese ed è scaturito dalle più recenti proposte del Governo britannico di modernizzare il NHS – National Health System, modernizzazione che si fonda, guarda caso, anche sulla “clinical governance”.

Ma “clinical governance” non vuole essere un mero strumento di lavoro: vuole anche rappresentare un cambiamento culturale del modo di essere e pensare degli operatori sanitari, uno stimolo alla cooperazione e alla collaborazione tra medici e infermieri il cui scopo finale deve essere l’assistenza personalizzata, a

⁹ NHS update, *Building a safer NHS for patients*, 12 May 2002 – http://www.nhs.uk/nhsupdate/news_focus_CMO_patients_safety.asp

* libera traduzione della scrivente

misura di utente. Un'assistenza che ha le caratteristiche di un servizio “di qualità” alla persona.

Per gli utenti, “clinical governance” potrà significare ricevere un'assistenza sanitaria di qualità perché rispondente a dei criteri stabiliti e condivisi; significherà essere parte attiva del processo assistenziale facendo valere le proprie idee, esigenze e opinioni.

Per gli infermieri, “clinical governance” potrà invece significare la armonizzazione di quelle attività, peraltro già conosciute dai più, che aiutano a promuovere e migliorare gli standard di assistenza: verifica clinica, supervisione clinica, assistenza basata sull'evidenza e aggiornamento professionale continuo. Va da sé che tutto ciò va fatto coinvolgendo colleghi e collaboratori e scambiandosi le reciproche esperienze^{10*}.

Ma qual è il **ruolo dell'infermiere** nella realtà britannica?

Importante. Tanto importante che esiste la figura del Chief Nursing Officer (CNO) – il Capo del Servizio Infermieristico presso il Ministero della Salute, facente parte in tale qualifica dell'Esecutivo del National Health System (NHS). Oltre che di problemi infermieristici, il CNO è responsabile della qualità dell'assistenza e del soddisfacimento delle richieste degli utenti.

D'altro canto non ci si poteva aspettare minor rispetto per la categoria professionale da parte del Paese che ha “cresciuto” Florence Nightingale (1820 – 1910), l'antesignana della professione infermieristica, la fondatrice della prima scuola per infermiere, colei che con impegno e tenacia è riuscita a far ottenere al “nursing” il riconoscimento tributato alla professione medica elevando gli standard di formazione e preparazione delle infermiere di quell'epoca.

Va da sé che una maggiore importanza del ruolo comporta un più alto grado di responsabilizzazione al quale la categoria ha sempre risposto con entusiasmo e competenza. Risale al 1989 la prima raccomandazione per la introduzione della figura dell'”infermiere prescrittore” di farmaci a cui ha fatto seguito, nel 1994, una sperimentazione effettuata in otto realtà locali.

¹⁰ RCN information - *Guidance for nurses on clinical governance*, Sept. 26, 2001

* libera traduzione della scrivente

Un atto formale (Statutory Instrument 1994 No 2402) ha definito la formazione necessaria e la successiva qualificazione per gli “infermieri prescrittori”, atto che ha dato mandato, in deroga a quanto previsto dal “Medicines Act” del 1968, a infermieri professionali, ostetriche e “health visitors”, di prescrivere farmaci¹¹.

Il tutto, comunque, entro limiti di azione opportunamente stabiliti e con precisi obblighi di registrazione preventiva da parte del professionista. Esempi di farmaci e prodotti prescrivibili da un infermiere sono: lassativi, analgesici, anestetici locali, antimicotici, antelmintici, farmaci contro la scabbia, preparati per la cute, disinfettanti, prodotti per il trattamento di ferite, cateteri urinari, sacchetti per stomia, apparecchi e reagenti per diabetici, prodotti ginecologici e per la fertilità.

Ma già nel maggio del 2001 gli infermieri britannici si sentivano frustrati dai limiti imposti loro per la prescrizione di farmaci chiedendo a gran voce un allargamento delle competenze rivolto a trattare pazienti affetti da malattie croniche quali asma, diabete, ipertensione, coronaropatie, malattie psichiatriche¹².

Abbastanza prevedibile, a questo punto, la reazione da parte della classe medica.

Secondo il Dr. Richard Horton, editore di “The Lancet”, prestigiosa rivista medica, la prescrizione di farmaci da parte dell’infermiere può rappresentare una minaccia se non adeguatamente regolamentata.

Per il Dr. Horton “gli infermieri vengono usati per coprire le carenze dovute alla scarsità di medici ma dicendo loro che così facendo snellirebbero il servizio e l’assistenza. La prescrizione di farmaci non rappresenta un avanzamento dello status degli infermieri: è meramente una ridefinizione dei confini professionali per fronteggiare un’emergenza politica”.

Il problema è anche quello degli errori: è notorio che i medici fanno errori nella prescrizione di farmaci, perché allora aumentare il rischio ampliando la categoria di “prescrittori” senza aver prima ricercato, analizzato e risolto il problema tra i medici? Sempre secondo il Dr. Horton “...gli infermieri dovranno conoscere la farmacologia di base e quella clinica. In altre parole, si formeranno infermieri sempre più simili ai medici”. Ci si deve allora chiedere se è questo che si vuole per il

¹¹ Norfolk Mental Health Care NHS Trust, *Nurse prescribing*, March 1999, in <http://www.nmhct.nhs.uk>

¹² BBC News, *Nurses 'frustrated' at prescribing limits*, Friday, 4 May, 2001

futuro del “nursing” soprattutto in un momento di grave carenza di personale infermieristico^{13*}.

Ed eccoci al punto: nonostante questo clima favorevole, anche l’Inghilterra risente del calo motivazionale dei giovani rispetto alla professione infermieristica. Ciò comporta, come in altri Paesi, una riduzione dell’organico con le conseguenze che ne derivano. Il sovraccarico di lavoro, la stanchezza, la mancanza di concentrazione, i ritmi di lavoro frenetici conducono a una diminuzione dell’attenzione: l’errore è in agguato e il suo verificarsi è evenienza ad alta probabilità. Ed è nella prescrizione e somministrazione di farmaci che più spesso infermieri e medici commettono errori.

Per quanto riguarda gli errori commessi dagli infermieri, è interessante notare come nel Regno Unito il dibattito si sia focalizzato su una presunta carenza di formazione scolastica e preparazione professionale della categoria rispetto al calcolo matematico.

Uno studio del 1998 si propone ... "di esplorare l’efficacia di una revisione nei programmi di insegnamento di matematica degli studenti infermieri..." mediante un’analisi della corposa letteratura esistente sull’argomento concludendo che una scarsa capacità di base in matematica può essere superata, avendone coscienza, con un opportuno addestramento durante il tirocinio clinico¹⁴.

Il problema viene riproposto all’attenzione del pubblico nel 2000 da parte dell’UKCC, ora NMC – Nursing & Midwifery Council, organizzazione istituzionale che garantisce la professionalità dei servizi resi dagli iscritti.

A detta dell’allora Presidente dell’UKCC, Alison Norman, è facile incontrare infermieri appena diplomati con una accertata incapacità nel risolvere calcoli matematici senza l’utilizzo di una calcolatrice. Spesso l’incapacità persiste pur con l’uso della calcolatrice denunciando una generalizzata insufficienza del curriculum di formazione di base. Le difficoltà risiedono soprattutto nell’uso dei decimali per cui spesso le dosi somministrate di farmaci risultano essere errate o per difetto o per eccesso – dieci volte tanto nell’uno o nell’altro caso con effetti disastrosi in alcuni

¹³ BBC News, *Nurse prescribing 'poses threat'*, Thursday, 30 May, 2002, in <http://news.bbc.co.uk>

* libera traduzione della scrivente

¹⁴ Hutton BM (1998), *Nursing Mathematics: the importance of application*, Nursing Standard, 13, 11, 35-38

casi¹⁵. I più esposti sono ovviamente i bambini. Una ricerca effettuata presso il Royal Hospital for Sick Children di Glasgow, Scozia, ha messo in luce che tre quinti degli errori avvengono nei reparti di medicina e che sei errori su dieci vengono commessi dagli infermieri piuttosto che dai medici¹⁶.

Modernizzazione del sistema sanitario (NHS), eliminazione degli errori in medicina, soddisfazione e sicurezza dell'utente, riduzione del contenzioso, sono alcuni degli obiettivi che il servizio sanitario inglese si prefigge di raggiungere nei prossimi anni. Questo ambizioso progetto potrebbe però essere boicottato dalla cronica carenza degli infermieri, carenza che sta diventando sempre più drammatica a causa anche dell'invecchiamento di tali professionisti: sembra infatti che il 24% degli attuali infermieri potrebbe ritirarsi nei prossimi cinque anni per raggiunti limiti di età. Lo svecchiamento dell'attuale classe professionale resta, purtroppo, una mera illusione: solo un infermiere su otto non supera attualmente i trent'anni di età (solo dieci anni fa era uno su quattro!).

Maggiore autonomia e maggiori responsabilità degli infermieri – per esempio con l'estensione delle categorie di farmaci prescrivibili di recentissima introduzione¹⁷ - possono essere la molla che spinge i giovani ad abbracciare la professione infermieristica o quantomeno una delle motivazioni per trattenere quelli che già vi operano? È da vedersi.



Florence Nightingale

In tutto questo contesto può sembrare anacronistico lo appello lanciato da un certo Dr. Myles Harris, medico di famiglia in Londra, in un rapporto dal titolo “Come Back Miss Nightingale” nel

quale sostiene che “I pazienti non hanno mai avuto così tanto bisogno di infermieri tradizionali come in questo momento. Si deve tornare all'addestramento al letto del

¹⁵ BBC News, *GCSE maths blamed for nurses' blunders*, Thursday, 15 June, 2000 in <http://news.bbc.co.uk>

¹⁶ BBC News, *Parents 'not told of drug errors'*, Monday, 20 November, 2000 in <http://news.bbc.co.uk>

¹⁷ BBCNews, *Nurses shortage 'threatens NHS'*, Tuesday, 19 February 2002 in <http://news.bbc.co.uk>

paziente, all'etica tradizionale del 'nursing' ovvero al concetto che l'infermiere è lì per assistere e dare conforto al malato"¹⁸.

Continuando nella sua critica, il Dr. Myles, ritiene dannosa la ventata di informalità che ha in questi anni pervaso la professione: deleterio, ritiene, l'uso di abiti "casual" e del solo nome nella relazione col paziente. Scontata, ovviamente, la reazione degli interessati.

1.c - AUSTRALIA

Stati Uniti, Regno Unito e Australia sono i tre Paesi presi in esame da un recente studio¹⁹ che ha messo a confronto le iniziative intraprese da ciascun Paese al fine di migliorare la qualità dei servizi resi dal sistema sanitario nazionale. Ma perché la scelta dei ricercatori è caduta su questi Paesi? Per almeno tre importanti ragioni, così almeno essi motivano.

La prima ragione risiede nel fatto che tutti e tre i Paesi stanno affrontando lo stesso problema: aumento degli anziani, aumento dell'incidenza delle malattie cronico-degenerative, nuove tecnologie, aumento delle aspettative del pubblico rispetto alla salute e diminuzione della fiducia nell'ente erogatore del servizio da parte dell'utente, ampia disponibilità di informazioni attraverso internet.

La seconda ragione è che a differenza di altri Paesi in cui si stanno solo ora sviluppando e utilizzando indicatori di qualità, USA, UK e Australia concentrano da qualche tempo l'attenzione sulla sicurezza e qualità del servizio su base nazionale. Ciò è dovuto anche al fatto che questi Paesi stanno sperimentando un allarmante interesse degli utenti verso gli errori clinici e la sicurezza delle prestazioni.

La terza ragione è che pur nella comunanza degli sforzi, la sostanziale differenza dei tre sistemi sanitari offre l'opportunità di descrivere e analizzare i vari approcci alla soluzione del problema.

Val la pena di ricordare che mentre nel Regno Unito il diritto alla salute è

¹⁸ BBCNews, *Health - Plea for more Nightingales*, Monday, October 26, 1998 in <http://www.bbc.co.uk>

¹⁹ AA.VV, *Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia*, Intl. Journal of Quality in Health Care 2001; Volume 13, Number 6: pp. 445-462

garantito da un servizio sanitario istituzionalizzato, controllato a livello centrale, legato alla politica del Governo, negli Stati Uniti solo il “diritto minimo alla salute” è garantito centralmente: tutto il resto è basato su un sistema totalmente privatistico che segue le regole del mercato – con tutte le considerazioni che su questo possono essere fatte. L’Australia è a metà tra i due sistemi e a tal motivo rappresenta una particolare “miscela”: l’accesso al servizio è libero ma è integrato da prestazioni rese dal settore privato.

Dati e strategie relativi a Stati Uniti e Regno Unito sono già stati trattati nei precedenti paragrafi; vediamo ora quello che avviene in Australia.

Tra il 2000 e il 2001 sono stati costituiti alcuni organismi aventi lo scopo di implementare la sicurezza del servizio sanitario, monitorare e ridurre i casi di eventi avversi (Australian Council for Safety and Quality Council), ridurre il "gap" (divario) tra evidenza scientifica e pratica (National Institute of Clinical Studies), migliorare l’assistenza e la cura nelle aree ritenute di volta in volta prioritarie (National Health Priority Action Council).

Ed è proprio l’Australian Council for Safety and Quality Council che ha messo in luce, con un suo rapporto presentato nel 2001, che l’errore clinico costa alla nazione circa 4 miliardi di dollari australiani l’anno. Il 50% di questa cifra è dovuto ai costi propriamente medici connessi all’errore e l’altro 50% è dovuto a perdita di produttività e ai costi sociali conseguenti. Il rapporto “Safety in Numbers” riferisce che nel 1997 e 1998 gli errori clinici in ospedale hanno contribuito alla morte di almeno 5400 australiani; in altri 177 casi sono stati la causa della successiva morte. Ma i dati vanno considerati per difetto perché molto probabilmente diversi errori non sono stati neppure registrati²⁰.

È sulla base di questo rapporto che il Ministro Australiano per la salute ha proposto un piano per ridurre il massiccio incremento di risorse finanziarie dovute a errori degli operatori sanitari: medici, infermieri e ospedali saranno obbligati a fornire rapporti dettagliati degli errori commessi tra cui, anche qui, quelli dovuti a errata somministrazione di farmaci.

L’Australia non fa eccezione al problema della carenza di infermieri. Se, da

²⁰ Gray D., *Strict report rules on medical errors*, Thursday, 2 August 2001, <http://theage.com.au>

una parte il Paese ha messo in atto strategie per migliorare il servizio sanitario, dall'altro poco ha fatto per attirare i giovani alla professione – per esempio consentendo il diritto allo studio gratuito agli studenti che desiderano intraprendere questo tipo di studi. Anzi, il Paese si trova a dover fronteggiare la fuga degli infermieri che vengono contattati, allettati con incentivi interessanti e infine reclutati da alcuni ospedali inglesi.

Resta la domanda: come può un servizio sanitario pretendere di migliorare l'assistenza se non è in grado di garantire che ci sia **chi** l'assistenza, per professione, è tenuto a farla?!

1.d - ALTRI PAESI

CANADA: "Il lavoro straordinario sarà il motivo principale che mi spingerà a lasciare l'ospedale. Non riesco, purtroppo, a mantenere il ritmo di lavoro che viene oggi imposto agli infermieri"^{21*} è quanto sostiene Dawn Morrell, infermiera cinquantenne di un reparto di terapia intensiva del Good Samaritan Hospital in Puyallup. Dawn Morrell, come altri suoi colleghi, è spesso chiamata, dopo il proprio turno di lavoro di 12 ore, a restare al suo posto se nessuno viene a darle il cambio in reparto.

È opinione diffusa tra gli infermieri canadesi che la stanchezza contribuisca al peggioramento dell'assistenza infermieristica e aumenti il numero degli errori. Quantomeno è questa l'opinione della Senatrice Margarita Prentice, infermiera, sostenitrice di un progetto di legge che lascia piena libertà agli infermieri di decidere se accettare o meno di prestare lavoro straordinario: una facoltà che viene quindi lasciata all'operatore e non più un obbligo come succede attualmente.

È del Canada francese la recente inchiesta che ha portato la stampa a scrivere che "Il numero delle ulcere da pressione, delle cadute, delle infezioni e gli errori di somministrazione dei farmaci stanno aumentando negli ospedali, secondo una vasta

²¹ Seattle Post-Intelligencer, *Nurses say 'no' to forced overtime*, Tuesday, March 5, 2002

* libera traduzione della scrivente

indagine condotta dall'Ordine delle infermiere e degli infermieri del Québec (OIIQ), a causa del sovraccarico di lavoro dei suoi circa 50.000 membri”²².

L'ordine professionale ha condotto l'inchiesta attraverso il coinvolgimento dei dirigenti infermieri i quali hanno accesso ai dati degli ospedali e sono responsabili della qualità del servizio reso. Il periodo preso in considerazione è quello tra il 1997 e il 2000 e i dati raccolti testimoniano che più del 71% degli intervistati ha constatato un aumento del volume delle attività di assistenza e l'86% ha rilevato un aumento della intensità delle cure prestate. È stato anche rilevato un aumento delle infezioni nosocomiali, soprattutto delle vie urinarie e dell'apparato respiratorio. Gli intervistati ritengono che siano inoltre in aumento le ulcere da pressione (23%), gli errori di somministrazione farmaci (30%), le cadute accidentali dei ricoverati (25%).

Per contro rilevano come, in genere, i malati siano più rispettati di un tempo, che alla contenzione dei pazienti si ricorra in modo minore e che gli infermieri sappiano meglio come alleviare il dolore. È un peccato che questo nuovo modo di approccio al paziente, questa ricerca del corpo dirigente infermieristico per un'assistenza di qualità siano vanificati da carichi di lavoro pesanti imposti agli infermieri per sopperire alla carenza di operatori²³.

Anche in Canada, come già visto per altri Paesi, la professione infermieristica non rappresenta uno status appetibile ai più.

SVIZZERA: “Percezione dell'errore nella terapia farmacologica e nel processo di somministrazione dei farmaci da parte degli operatori sanitari” è il titolo di uno studio qualitativo realizzato nel 1999 da un gruppo di ricercatori appartenenti a diverse realtà socio sanitarie svizzere.

Lo studio è stato concluso nel 2001 e i risultati sono in fase di pubblicazione. È però possibile, per gentile concessione, anticipare alcune conclusioni.²⁴

Nella ricerca sono stati coinvolti 15 operatori sanitari tra cui infermieri, capo

²² Noel A., *Qualite de soins: l'Ordre des infirmières s'inquiète*, La presse, cyberpresse.ca, 22 janvier 2002

²³ Spurgeon D., *Canada faces nurse shortage*, Thorax Online, BMJ 2000;320:1030 (15 April)

²⁴ Poster presentato in un Convegno tenutosi nel 2001 – libera traduzione della scrivente

sala, medici, dirigenti del servizio infermieristico.

I risultati sono brevemente riassumibili come segue: (1) l'errore nella terapia farmacologica è attribuibile a una mancanza dell'operatore individualmente; (2) si ritiene dovuto a scarsa conoscenza o a scarsa attenzione; (3) la prevenzione dell'errore è centrata sull'individuo: migliore formazione, maggiore vigilanza, sanzioni; (4) la discussione dell'errore – tra colleghi – è rara; (5) vengono segnalati ai medici e ai responsabili gerarchici solo gli errori che comportano danni al paziente; (6) la discussione tende a identificare il colpevole e a ricordare il compito di vigilanza; (7) il processo di somministrazione dei farmaci è fondato su una elevata fiducia basata sul doppio controllo (controllo e distribuzione effettuati da altra persona rispetto a quello che ha preparato i farmaci); (8) mancanze nel funzionamento del processo non vengono percepite come causa d'errore; (9) il lavoro derivante da questi mal funzionamenti è valorizzante per gli operatori.

Le conclusioni della ricerca si discostano abbastanza da quello che si è rilevato in altri Paesi: l'errore è attribuito unicamente a una mancanza dell'operatore; la prevenzione dell'errore è centrata sull'individuo (vigilanza, formazione); il mancato funzionamento del processo frequentemente associato a errori umani non viene denunciato; la valorizzazione dei compiti legati al mal funzionamento del processo, la percezione dell'errore come evento raro, la fiducia nel processo, impediscono la possibilità di cambiamenti nel processo stesso.

OLANDA: Un articolo sul De Telegraaf del 7 maggio 2002 porta a conoscenza dell'opinione pubblica che “Almeno mille pazienti sono morti nello scorso anno per errori dei medici. Questo numero è uguale a quello dei morti per incidenti stradali nel nostro Paese. È questa la dichiarazione fatta da Herre Kingma, ispettore generale, durante la presentazione del rapporto annuale all'ispettorato per le cure sanitarie. All'ispettorato sono giunte l'anno scorso quasi cento denunce di errori medici che hanno portato alla morte del paziente, ma secondo il rapporto questa è solo la punta dell'iceberg. Gli ospedali non sono obbligati infatti a denunciare questi errori alla sanità, mentre quest'obbligo sussiste in Svezia, Danimarca e Inghilterra”.

In un articolo pubblicato su il Corriere della Sera dal titolo “L’infermiera ammazzava i bambini – Processo in Olanda. Tra le 14 vittime quattro pazienti di un anno e molti anziani”²⁵ quello che fa riflettere rispetto ai casi di “malasanità” è la storia personale di una donna con seri problemi, con titolo di studio falsificato, che ha tranquillamente lavorato come infermiera. “...Come abbia fatto a farsi assumere in quattro ospedali una persona così, e per di più senza titoli di studio è ciò che sta scatenando lo scontro anche politico, a pochi giorni dalle elezioni. I sostenitori di Pim Fortuyn, tra l’altro, rinfacciano al governo *viola* di Wim Kok d’aver in otto anni portato allo sfascio la sanità olandese, un tempo fra le migliori al mondo”.

A prima vista può questa sembrare una notizia prettamente scandalistica ma a ben vedere è, con quella riportata dal giornale olandese, un segnale di scadimento nella qualità delle prestazioni rese dal servizio sanitario anche se, per quanto ci riguarda, non è stato possibile trovare notizie più precise sul livello dell’assistenza infermieristica nel Paese.

SPAGNA: La Spagna, come già anticipato, è il Paese che non denuncia il calo motivazionale ma "esporta", invece, infermieri che altrimenti non riuscirebbero a trovare lavoro in loco. “Ma la Spagna esporta infermieri non perché sia elevato il numero di professionisti sul mercato – ogni anno si diplomano 10.000 allievi – ma perché il servizio sanitario non offre posti di lavoro anche se il rapporto tra il numero di infermieri per numero di abitanti è il più basso d’Europa, di molto inferiore cioè a quello di Belgio, Germania, Regno Unito, Norvegia, Finlandia e Danimarca”²⁶.

GIAPPONE: Sembra che la crisi vocazionale abbia coinvolto anche questo Paese. Risale al 2000 la preoccupazione del più importante sindacato degli infermieri secondo il quale “la carenza di personale è alla base del fatto che due infermieri su tre nel 1999 hanno depositato una denuncia di incidente”²⁷.

²⁵ Battistini F., *L’infermiera ammazzava i bambini*, Corriere della Sera, 9 Maggio 2002

²⁶ Escudero A.L., *Alumnos y profesores de Enfermería exigen una licenciatura para equipararse a la UE*, El País.es, 29 de octubre de 2001

²⁷ Lamar J., *Shortage of nurses in Japan leads to high accident rate*, BMJ 2000;320:1362 (20 May)

Il 62,7% degli 5.227 infermieri intervistati ha dichiarato di aver commesso un errore o di essere stato in procinto di farlo. Tra gli errori denunciati rientravano scambio di medicinali, cadute di pazienti, registrazioni sbagliate.

Motoko Okumura della Japanese Nursing Association ritiene che "...il Giappone abbia il minor numero di infermieri rispetto alle altre nazioni sviluppate. Ci sono 55.7 infermieri per 10.000 abitanti rispetto ai 102.6 della Svezia e agli 81.4 degli Stati Uniti. Il rapporto è più basso in Inghilterra, 41.5, ma va confrontato con il numero di letti a disposizione: 132 letti per 10.000 persone in Giappone, 45 letti nel Regno Unito". Il problema sta assumendo proporzioni ragguardevoli anche per l'aumento del numero di anziani nel Paese.

Considerazioni

La diminuzione dell'errore in medicina è un obiettivo a cui mirano alcuni dei Paesi industrializzati: è un problema ingravescente non tanto perché oggi si commettano più errori che nel passato ma perché è cresciuta la consapevolezza del cittadino utente nella rivendicazione del diritto alla Salute e a una assistenza sanitaria di qualità che non provochi danni ulteriori a chi è costretto a ricorrervi.

Dai dati raccolti è emerso che sono soprattutto i Paesi anglofoni - Stati Uniti, Regno Unito, Australia - quelli che hanno statistiche interessanti da offrire e sono anche quelli che hanno attivato strategie per analizzare il fenomeno, contenere e ridurre gli errori in medicina, migliorare la qualità del servizio.

Sempre, comunque, tenendo presente che l'errore non è completamente eliminabile e che anche i migliori medici e i migliori infermieri, per la loro natura umana, possono commettere errori e che l'errore, molto spesso, non è ascrivibile a una sola persona ma deriva da una concatenazione di eventi imputabili anche alla organizzazione.

Ciò che sembra accomunare, invece, a livello generale i vari Paesi è la crescente domanda di prestazioni sanitarie dovuta all'invecchiamento della popolazione e al maggior livello di conoscenza dei cittadini.

Accomuna anche il crescente peso della spesa sanitaria nei bilanci dello Stato dovuta in buona parte ai costi del contenzioso per richieste di risarcimento dei danni e per premi assicurativi per polizze in capo agli operatori sanitari più a rischio di errore.

In tutto questo non giova certamente la cronica mancanza di infermieri che colpisce quasi tutti i Paesi presi in considerazione, a eccezione della Spagna.

E' risaputo che ritmi di lavoro frenetici e orari di lavoro allungati non giovano alla concentrazione e alla riflessione: l'errore dovuto alla stanchezza è evenienza tutt'altro che rara e in questo caso certamente non imputabile solamente al singolo.

2 – MALASANITA' E “NURSING MALPRACTICE” IN ITALIA

CENSIS: **malasanità** non è invenzione giornalistica.

Malasanità a Villa Irma.

Malasanità, tempi di attesa sempre più lunghi.

I numeri della **malasanità**.

Flebo in arteria, bimba invalida; **Malasanità** a Macerata.

Malasanità: cronaca di un anno.

Si continua a morire troppo di **malasanità**.

Malasanità/Dodicimila cause aperte contro i medici - Che si ribellano - La rivolta dei pazienti ...

Malasanità e welfare nel mirino del CENSIS.

Stop **malasanità** & burocrazia!

...Di **malasanità** si muore...

Malasanità: morire a 19 anni

Palermo: un caso di **malasanità** al giorno

Malasanità, pioggia di denunce

La parola **malasanità**, brutto neologismo coniato probabilmente da qualche giornalista tempo addietro, appare ormai frequentemente sulla carta stampata e nelle comunicazioni radiotelevisive da un po' di anni a questa parte. È un termine certamente efficace, di grande impatto, molto utile per richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica su situazioni a volte drammatiche e gravi a volte paradossali della sanità italiana.

A differenza però della definizione inglese “nursing malpractice”, già considerata nel primo capitolo, l'uso attuale del termine **malasanità** abbraccia non solo eventi avversi dovuti a incapacità o inadempienze del professionista della salute nell'esercizio della sua attività o prestazione professionale ma include anche denunce per inefficienza, carenze, disorganizzazione, disservizi, vincoli burocratici e altre difficoltà o intralci che il malato incontra quando deve necessariamente instaurare un rapporto con il sistema sanitario nazionale, in generale, e/o con la struttura territoriale di riferimento, in particolare.

2.a - I dati del CENSIS

“La salute minacciata” è un capitolo del 35° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese – La società italiana al 2001, realizzato dalla Fondazione Censis – Centro Studi Investimenti Sociali²⁸ - nel quale si riportano i risultati di un’analisi del contenuto stampa realizzata dal Censis su 21 testate nazionali tra quotidiani e periodici per un periodo di 12 mesi, nel corso dell’anno 2000.

Dall’esame di queste testate il Censis ha rilevato che 340 articoli di quelli pubblicati nel periodo in esame contenevano riferimenti a casi di malasanità. Il Censis ritiene che questo numero sia ragguardevole perché è stato rilevato esaminando articoli pubblicati su testate nazionali e non su quelle locali, testate che sembra siano tradizionalmente più sensibili al tema della salute.

Risultati dell’indagine:

- **il 32%** degli articoli analizzati riguardava casi con decesso del malato mentre
- **nel 26%** degli articoli veniva riferito di casi esitati in danni gravi causati al paziente senza decesso.

Nell’affermare che “la malasanità non è un’invenzione giornalistica, ma una preoccupazione reale di pazienti sempre più insofferenti all’errore” il rapporto indica questi risultati:

- **nel 48,2%** degli articoli che contengono l’indicazione di un soggetto responsabile dei fatti viene chiamato in causa il fattore umano,
- **nel 33%** degli articoli la responsabilità è attribuita alla struttura sanitaria genericamente intesa (**nel 5,4%** dei casi al soccorso tardivo),
- **nel 42,6%** degli articoli si tratta di vari casi di malasanità che riguardano l’inadeguato funzionamento delle strutture sanitarie sia sotto il profilo della assistenza che per problemi di tipo amministrativo.

²⁸ Fondazione Censis – 35° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese – La Società italiana al 2001, pag. 72

2.b - I dati del Tribunale per i diritti del malato

Una fonte di dati interessante è senz'altro quella proveniente dalle segnalazioni di sospetti errori di diagnosi e terapia che affluiscono al Tribunale per i diritti del malato attraverso il PiT Salute. Il PiT Salute - Progetto Integrato di Tutela - è un servizio, istituito nel 1996, che fornisce informazione, consulenza e intervento a tutti i cittadini che intendono tutelare i propri diritti in ambito sanitario e assistenziale, nelle strutture pubbliche e private. Esso è, inoltre, un centro di raccolta e di gestione di segnalazioni sul funzionamento delle strutture sanitarie e sulla qualità delle prestazioni erogate.

Si riportano i dati forniti dal dottor Stefano Inglese, Segretario Nazionale Tribunale per i diritti del malato, durante l'incontro stampa "Errori in medicina: troppi, che fare?" tenutosi a Milano il 20 maggio 2002²⁹.

Tab. 1 - Andamento dei contatti con il Tribunale per i diritti del malato riguardanti sospetti errori di diagnosi e terapia

Contatti riguardanti la diagnosi e la terapia (%)				
Oggetto	2001	2000	1999	1997
Consulenza medica	12,1	9,0	8,4	6,3
Consulenza legale	9,0	7,2	7,9	9,9
Errori terapeutici	5,8	7,0	5,6	4,8
Errori diagnostici	3,3	3,4	3,0	3,2
Modifica immotivata della terapia	0,1	0,0	0,0	0,2
Totale	30,3	26,6	24,9	24,4

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2001

La tabella è alquanto esplicitiva in sé: è confermata la progressione verso l'alto delle segnalazioni effettuate da cittadini con variazioni peraltro non vistose all'interno di ogni singola voce. Certamente il dato più significativo è l'incremento di richieste di consulenza medica: sarebbe interessante conoscere quante di queste

²⁹ Inglese S., *La "Carta della Sicurezza nella pratica clinica ed assistenziale": il problema visto dal lato del paziente*, Incontro Stampa Errori in medicina: troppi, che fare?, Milano, 20 maggio 2002

richieste di consulenza erano effettivamente giustificate da errori o inadempienze del personale sanitario.

Tab. 2 – Principali aree di riferimento delle segnalazioni al Tribunale per i diritti del malato riguardanti sospetti errori di diagnosi e terapia

Principali aree di riferimento dei sospetti errori diagnostici e terapeutici (%)			
Area	2001	2000	1999
Ortopedia e traumatologia	16,5	16,3	18,2
Oncologia	13,0	12,9	10,1
Ostetricia e ginecologia	10,8	11,1	10,1
Chirurgia generale	10,6	10,8	13,8
Odontoiatria	6,5	6,5	3,5
Oculistica	6,4	5,9	5,5
Malattie del sistema circolatorio	5,0	4,8	7,1
Chirurgia cardiovascolare	4,6	4,6	2,5
Neurologia	4,2	4,0	3,1
Otorinolaringoiatria	3,5	3,6	2,4
Medicina generale	3,4	3,5	7,2
Chirurgia estetica	3,1	3,0	1,8
Urologia	3,0	2,9	3,8
Diagnostica	2,8	2,6	2,7
Gastroenterologia	2,1	2,2	1,9
Altro	4,6	4,7	7,9
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2001

Appare evidente che insieme alla traumatologia, l'ortopedia è l'area medica dove si rischia di più: secondo il Tribunale per i diritti del malato, qui si concentra il 16,5% dei sospetti errori diagnostici e terapeutici. Segue l'oncologia con il 13%, l'ostetricia e ginecologia con il 10,8%, la chirurgia generale con il 10,6%.

Sono i dati più attendibili per quantificare l'errore sanitario nel nostro Paese... Il più comune in ortopedia è l'errore di "distrazione": viene curata la lesione principale ma, se ce ne sono di secondarie, sfuggono³⁰.

³⁰ Monti D., *Ospedali, record di errori in ortopedia*, Corriere della Sera, 13 Aprile 2002

Tab. 3 – Quadro riepilogativo della articolazione per tipo dei sospetti errori di diagnosi segnalati al Tribunale per i diritti del malato

Articolazione per tipo dei sospetti errori di diagnosi segnalati al Tribunale per i diritti del malato (%)	
Tipo	%
Errore	19,1
Ritardo nella diagnosi	22,5
Interpretazione errata di test o indagini strumentali	53,2
Uso di test diagnostici non appropriati	5,2
Totale	100,0

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2002

Tab. 4 – Quadro riepilogativo della articolazione per tipo dei sospetti errori di terapia segnalati al Tribunale per i diritti del malato

Articolazione per tipo dei sospetti errori di terapia segnalati al Tribunale per i diritti del malato (5%)	
Tipo	%
Violazione dei protocolli	21,4
Inadeguatezza qualitativa della esecuzione del trattamento	42,3
Trattamento ritardato	7,9
Mancata o inadeguata valutazione	16,7
Uso inappropriato di un farmaco	1,9
Dosaggio errato di un farmaco	2,7
Terapia inappropriata (non indicata)	7,1
Totale	100,0

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2002

A conclusione di questa presentazione di dati forniti da un osservatorio privilegiato qual è il PiT Salute, vale forse la pena di fare una riflessione sui numeri.

Se ci si sofferma alla pura e semplice evidenza delle cifre, è palese la tendenza a un incremento costante delle segnalazioni. Se però si va a indagare il

fenomeno in sé ci si potrebbe chiedere a che cosa sia imputabile questa progressione numerica: è perché effettivamente la sanità è più malata di un tempo o è perché il cittadino è più informato e perciò più sensibile al tema della sicurezza in corsia o è perché, come giustamente faceva notare il dottor Stefano Inglese “al mutamento sostanziale della dimensione cognitiva sul tema della sicurezza ha contribuito, senza dubbio, l’attività di organizzazioni come lo stesso Tribunale per i diritti del malato che hanno sviluppato una azione costante per ottenere che il tema entrasse nella agenda delle politiche pubbliche del Paese”?

2.c - I dati del Ministero della Salute

Quasi in contraddizione con quanto analizzato sino a ora sembra l’affermazione della O.M.S – Organizzazione Mondiale della Sanità – riportata nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2000 del Ministero della Salute³¹.

“Secondo le indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità il Sistema sanitario italiano è tra quelli più efficienti del pianeta”. E la Relazione del Ministero della Salute non può esimersi dall’osservare che “si tratta di un fatto clamoroso, almeno confrontato alla cattiva fama che sembra godere tra i mezzi di comunicazione di massa. Tuttavia i margini di miglioramento sono grandi e si fondano sulla centralità che il cittadino deve avere all’interno dell’organizzazione della medicina. In particolare il cittadino deve essere soggetto del Servizio sanitario, per essere in condizione di svolgere un ruolo autonomo nella gestione della salute”.

Il quadro sembra idilliaco ma attenzione: se per alcuni parametri di confronto usati dall’O.M.S., tra gli oltre dieci presi in considerazione, l’Italia risulta tra i primi posti nel mondo, per altri l’Italia scende fortemente nella classifica arrivando agli ultimi posti fra i Paesi europei per quanto riguarda l’eguaglianza fra i cittadini, la possibilità di accedere ai servizi e alle prestazioni, il contributo finanziario.

Val la pena ricordare che gli italiani godono, per il momento, di un servizio sanitario di tipo “universalistico”: è probabilmente questo il motivo che porta l’Italia

³¹ Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, 2000

a uno dei primi posti in classifica.

Per contro, se si volessero analizzare le tradizionali differenze tra aree geografiche del Paese, tra ceti, sessi, età, troveremmo grandi squilibri e disuguaglianze che potrebbero far traballare queste posizioni di classifica.

Si è detto che gli italiani godono, per il momento, di un servizio sanitario di tipo “universalistico” e di solidarietà. La grave crisi finanziaria che affligge il Sistema sanitario nazionale sta facendo vacillare questo tipo di vocazione “universalistica” che è un tratto distintivo della sanità europea³²: ci si può legittimamente chiedere se l’introduzione di interventi di tipo privatistico porterà a un miglioramento della qualità delle prestazioni e a una diminuzione dei casi di malasanità.

2. d - I dati di Prometeo – Atlante della Sanità Italiana 2001

È cresciuta in Italia negli ultimi anni la considerazione della salute dei cittadini da parte della sanità pubblica. Ma anche la spesa sanitaria è aumentata di oltre il 10 per cento. Lo rileva il rapporto Prometeo – Atlante della Sanità Italiana 2001, presentato a Roma lo scorso 18 gennaio e promosso dalla cattedra di Igiene dell’Università Tor Vergata di Roma, dalla direzione centrale per le Indagini sulle istituzioni sociali dell’Istat, dalle società di ricerca Ilesis e Nebo e da Farindustria. La mortalità evitabile, quella legata ai ritardi delle cure, diagnosi sbagliate e, in generale, alla malasanità, dal 1994 al 1998 è diminuita di ben il 7 per cento, per un totale di 6.000 morti in meno³³.

Prometeo, per la prima volta, ha preso in esame le oltre 11 milioni di Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) riferite ad altrettanti eventi di ricovero in ospedale³⁴.

L’analisi delle SDO ha permesso non solo di individuare un ulteriore indicatore di utilizzazione del servizio sanitario, basato sulle giornate trascorse in

³² Ferrara M., *La salute? Si cura anche con i privati*, Il Sole-24 Ore, 11 Luglio 2002

³³ Terminelli A., *La salute del Bel Paese*, L’Infermiere 2/2002, Febbraio 2002, pagg. 4-5

³⁴ Università Tor Vergata, Ilesis, Nebo Ricerche PA, Framindustria, *Prometeo. Atlante della Sanità Italiana – 2001*, Sintesi per la stampa, Roma, 18 Gennaio 2002

ospedale per determinate patologie nelle diverse realtà italiane, ma ha anche fornito informazioni sulle “malattie degli italiani”.

Il modello di indicatori usato è il MESS – Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari.

È un modello costruito sui medesimi principi di costruttivo confronto fra aree che hanno animato, su base internazionale, l’analisi dell’O.M.S. – Organizzazione Mondiale della Sanità – di 190 Paesi e che ha visto l’Italia collocarsi nell’anno 2000 ai primi posti mondiali.

La classifica di Prometeo sullo stato di salute basata sulla mortalità evitabile è stata realizzata per la prima volta nel 1999 con l’analisi dei dati allora disponibili per il solo anno 1994.

Nel 2000, seconda edizione della ricerca, la classifica è stata effettuata prendendo in esame il triennio 1995-1997.

Nell’edizione del 2002 la mortalità evitabile è aggiornata con i dati relativi al 1998, in linea con le rilevazioni sulla mortalità diffuse dall’Istat nel luglio 2001.

L’analisi degli ultimi quattro anni di osservazione mostra una progressiva e costante diminuzione del fenomeno con circa 6.000 morti evitabili in meno (pari a una riduzione del 7%).

Il rapporto ritiene opportuno precisare che è indispensabile collocare in modo corretto un fenomeno controverso come quello della morte evitabile, che può essere considerato un “campanello d’allarme” per segnalare eventuali carenze nei servizi sanitari e nelle abitudini di vita della popolazione.

Infatti, fermo restando che una soglia fisiologica di morti evitabili **non** potrà mai venire del tutto eliminata, la conoscenza della consistenza e, soprattutto, dell’andamento - in crescita o in diminuzione - del numero di morti che si potrebbero teoricamente evitare con un servizio sanitario perfetto e stili di vita ineccepibili dal punto di vista salutistico, è utile per verificare il successo o meno di interventi di potenziamento delle strutture d’emergenza, di perfezionamento della rete diagnostica, delle garanzie d’igiene e di avvio di politiche di prevenzione sanitaria nelle diverse realtà locali.

Tab. 5 – Numero di morti evitabili (5-69 anni) in Italia per causa di morte e tipologia di intervento (numero di morti dei quali risulta nota la provincia di residenza) – Anni 1995-1998. Valori assoluti

	Valori assoluti in unità			
	1995	1996	1997	1998
Mortalità evitabile per causa di morte				
Tumori	36.246	35.346	34.300	33.330
Sistema cardiocircolatorio	29.294	28.040	26.898	26.497
Traumatismi e avvelenam.	15.205	13.742	13.925	13.560
Altre cause	5.184	4.905	5.570	5.587
Totale	84.929	82.033	80.693	78.974
Mortalità evitabile per tipologia di intervento				
Prevenzione primaria	49.167	47.555	46.596	45.586
Diagnosi precoce e terapia	8.631	8.453	8.248	7.831
Igiene e assistenza sanitaria	27.131	26.025	25.849	25.557
Totale	84.929	82.033	80.693	78.974
Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat				

Concludendo questa breve analisi del rapporto Prometeo, è interessante riportare una considerazione relativamente alle SDO – Schede di Dimissione Ospedaliera.

Secondo Prometeo i dati ricavati dalle SDO potrebbero supportare una più specifica conoscenza delle diverse aree del Paese. Tuttavia, la loro scarsa qualità impone un'eccessiva prudenza nell'utilizzo di tale patrimonio che compromette l'elaborazione di indicatori più affidabili e più sensibili ai confronti territoriali.

Accuratezza nella compilazione e controllo di qualità dei dati, anche alla luce dei risultati dello studio pilota condotto per l'edizione 2001 di Prometeo, possono concretamente assicurare una produzione statistica pienamente fruibile ai diversi livelli decisionali (Aziende USL e Ospedaliere, Regioni e livello centrale), rendendo la SDO uno strumento del quale oltre l'area amministrativo-gestionale possa avvalersi anche l'epidemiologia dei servizi sanitari.

Considerazioni

Dati ufficiali riguardanti la malasania italiana sembrano non esistere. Ciò non sorprende se consideriamo anche quanto poco si è trovato per la stesura dell'analisi della situazione in altri Paesi europei ed extraeuropei.

Abbiamo visto che la parola malasania viene usata in Italia per denunciare non solo incompetenza ed errori dei professionisti della salute ma anche disservizi del sistema.

L'analisi degli articoli di 21 testate nazionali effettuata dal CENSIS può aiutare a comprendere l'entità del fenomeno. Ancora più utili sono i dati forniti dal PiT Salute del Tribunale per i diritti del malato che raccoglie le segnalazioni di sospetti errori di diagnosi e terapia da parte di cittadini che si sono imbattuti in casi di malasania.

I pochi dati a disposizione se, da un lato, fanno emergere le situazioni limite (per esempio l'errore grave) dall'altro non portano alla luce i quasi errori e nemmeno rivelano quei comportamenti che non sono né errori né quasi errori ma che sono altrettanto indicativi di un servizio carente e di scarsa professionalità quali a esempio il mancato rispetto della persona e della sua privacy, la non comunicazione o la comunicazione scadente, la corretta informazione, il mancato aggiornamento professionale, la ricerca del benessere del malato e il suo coinvolgimento nella ricerca della sua salute possibile, il rispetto della libertà di scelta dell'individuo.

Si è inoltre appreso che la SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera – potrebbe essere uno strumento utile per l'epidemiologia del sistema sanitario se solo fosse compilata con attendibilità e accuratezza.

Riteniamo che anche la compilazione e la tenuta della documentazione medica e infermieristica rientri tra le qualità di un buon professionista della salute: non va dimenticato, infatti, che è un diritto del malato ottenere la propria cartella clinica e la documentazione sanitaria che gli appartiene, meglio se compilata con chiarezza e precisione.

3 - L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA E L'ERRORE IN CORSIA

Si è visto nei due capitoli precedenti che il termine malasanità non è esattamente la traduzione in lingua italiana della definizione inglese “nursing malpractice”.

Con la parola malasanità si fa riferimento sì a errori commessi dai professionisti della salute nell'esercizio della loro attività ma si includono anche i disservizi e le carenze del sistema sanitario nazionale, disservizi e carenze che minano la credibilità del servizio e, a volte, causano danni anche gravi all'utente.

“Nursing malpractice”, invece, è strettamente correlato a casi di negligenza, imperizia e incapacità professionale da parte degli operatori sanitari nel fornire un'adeguata assistenza al malato e risultante, a tal motivo, in un danno al ricevente la prestazione.

Si è visto anche che dai dati raccolti nel nostro Paese e presentati alla stampa e al pubblico (dati elaborati e forniti da: CENSIS, Ministero della Salute, Tribunale per i diritti del malato, Prometeo) nessun riferimento è chiaramente deducibile rispetto a errori o negligenze commessi dal personale infermieristico nell'esercizio della propria attività. Non è però, questo, un buon motivo per esultare.

Se, sino a questo momento, l'esplosione del contenzioso riguarda soprattutto i medici, “che oggi perdono tre cause su quattro”³⁵, c'è da aspettarsi un futuro preoccupante anche per gli altri professionisti della salute. Non è raro, oramai, sentire in corsia minacce di denuncia verso infermieri e trovare lamentele presso gli URP - Uffici Relazioni con il Pubblico – degli ospedali circa il loro operato.

Ma premesso che (1) non deve essere la paura di incorrere in incidenti giudiziari la molla che spinge l'infermiere ad agire con competenza e capacità bensì la professionalità che gli deriva dalla formazione specifica, dal codice deontologico della categoria, dai principi etici della professione; (2) che l'evento errore non è umanamente del tutto eliminabile; (3) che è possibile ridurre le azioni e gli atti a rischio di errore; (4) che è possibile prevenire il ripetersi di situazioni dannose e pericolose; si cercherà ora di effettuare dapprima una distinzione tra gli eventi che

³⁵ Tromba C., *Camici bianchi sotto accusa*, Tempo Medico, n. 654, 26 gennaio 2000

vengono definiti errori e verranno poi analizzate le azioni e gli atti che potrebbero aiutare a prevenire il verificarsi di errori o limitare le inadempienze che, secondo l'esperienza statunitense, potrebbero condurre alla chiamata in giudizio degli infermieri italiani in un futuro non molto lontano.

3.a - La tipologia dell'errore secondo il Tribunale per i diritti del Malato³⁶ (testo integrale)

⇒ **Errore.** Si parla di errore quando l'esito di una azione (che può essere una singola prestazione o un procedimento più complesso) non ha raggiunto i risultati che ci si era prefissi. Si può definire, quindi, l'**errore** come il **fallimento delle azioni programmate per realizzare i fini desiderati – escluso l'intervento di eventi imprevisi**. Una diagnosi sbagliata, la prescrizione di una terapia non appropriata o l'esecuzione di un intervento inadeguato, vale a dire non in grado di ottenere i risultati desiderati in termini di miglioramento delle condizioni del paziente, sono esempi di errore.

⇒ **Violazione.** La **violazione** è la **conseguenza del mancato rispetto delle procedure** codificate per l'esecuzione a regola d'arte di un atto medico o chirurgico. La esecuzione non corretta di un intervento chirurgico, o il mancato rispetto delle procedure di sterilizzazione, o di induzione della anestesia, sono esempi di violazioni.

Gli errori e le violazioni sono atti insicuri, cioè atti che mettono in discussione il buon esito di un intervento sanitario e la sicurezza dei pazienti. Da quanto detto sinora è evidente che, in talune circostanze, il confine tra violazioni ed errori può ridursi sino a divenire molto esile. E tuttavia questa distinzione ci consente di ipotizzare interventi mirati e differenti in relazione all'oggetto specifico della nostra attenzione. Ed evidenzia il ruolo positivo che possono rivestire procedure ben individuate e applicate con rigore nella prevenzione di atti insicuri.

³⁶ Tribunale per i diritti del malato, *Imparare dall'errore – Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale*, In collab.ne con Anaao-Assomed e Fimmg, Roma, 8 Aprile 2000, pagg.4-5

⇒ **Incidente da cause organizzative.** Generalmente si considera l'errore solo come diretta conseguenza della azione dell'operatore sanitario. Non sempre, tuttavia, la produzione di un danno o di una lesione può essere ricondotta esclusivamente alla azione degli operatori. È il caso degli **incidenti** riconducibili a **cause organizzative**, per i quali l'evento è il risultato della combinazione e dell'intreccio della **azione dell'operatore** e di condizioni latenti. Sono latenti tutte quelle condizioni frutto di decisioni assunte a un livello superiore a quello degli operatori (da manager, autorità politiche, amministrative, di controllo). Sono condizioni latenti, per esempio, la eccessiva mancanza di tempo per le prestazioni; l'inadeguatezza degli strumenti e delle apparecchiature; la manutenzione non sufficiente dei macchinari; la carenza di formazione; la scarsa supervisione; l'ambiguità delle procedure; la mancanza di comunicazione. Le condizioni latenti sono sempre presenti in sistemi complessi.

⇒ **Quasi errore** ("near miss" dalla letteratura anglosassone). Sarebbe più proprio parlare, in realtà, di quasi eventi, giacché non si può limitare questa definizione all'errore, ma bisognerebbe riferirsi allo stesso modo anche alle **violazioni** e agli **incidenti da cause organizzative**. Si tratta di situazioni a elevato potenziale di rischio, che solo per ragioni fortuite o per l'intervento tempestivo di un operatore non hanno determinato come esito un errore, una violazione o un incidente. Una documentazione accurata di esse dovrebbe risultare più agevole, giacché non essendosi determinato effettivamente alcun danno gli operatori dovrebbero accettare di riferirne con maggiore facilità. L'analisi dei quasi eventi è estremamente preziosa, perché consente di individuare fattori di rischio che possono essere eliminati o messi sotto controllo prima che si causino danni.

3.b - Il modello teorico su cui si basa il metodo di intervento per analizzare gli errori medici proposto da James Reason³⁷ (testo integrale da Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie³⁸)

³⁷ Prof. James Reason, Dottorato in Psicologia Università di Leicester, UK, 1967, ricercatore sugli errori umani e sui sistemi di sicurezza in aeronautica, centrali nucleari, ferrovie, banche, ospedali

³⁸ Tartaglia R., Tomassini C.R., Abrami V., Nerattini M., Turco L., *L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina*, in Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, n. 1/02, Lauri Ed., pagg. 4-13

Le teorie cognitive su cui si basa (questo modello) fanno riferimento a tre tipi fondamentali di azione correlati a specifici meccanismi cognitivi. Le “skill based”, “rule based” e “knowledge based” sono modalità di azione che prevedono rispettivamente un impegno cognitivo crescente.

Modalità di sviluppo dell’azione

Skill based	Rule based	Knowledge based
Unconscious		Conscious
Fonte: Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, n. 1-02		

⇒ **“Skill based”**. “Skill” è l’abilità nell’ eseguire un compito. Le azioni “skill based” si riferiscono a compiti svolti in modo automatico e semplice per chi abbia acquisito una particolare abilità.

Il “training” (addestramento) in questo caso ha lo scopo di insegnare a svolgere l’azione in modo da effettuarla correttamente pur non conoscendo le ragioni sottostanti. Mediante il “training” l’attore diventa sufficientemente abile da compiere le azioni senza necessità di istruzioni.

⇒ **“Rule based”**. Si tratta di azioni basate sul seguire una regola conseguente o a una precedente esperienza o a una istruzione specifica. I processi “rule based” entrano in azione quando fallisce lo “skill based” e il soggetto ha bisogno di fare riferimento a un set di istruzioni esplicite o regole che ha a disposizione. L’attore esamina e interpreta la corrente situazione e sceglie la regola che meglio risolve il problema.

⇒ **“Knowledge based”**. Si tratta di azioni basate sul ragionamento, inferenza, giudizio e valutazione. Se il processo “rule based” non risolve il problema si deve fare riferimento al sistema “knowledge based” (in generale si tende a preferire le soluzioni “rule based” poiché richiedono minor sforzo cognitivo), ciò avviene

quando si affrontano situazioni nuove o poco conosciute o quando le regole di cui si dispone non sono sufficienti e adeguate (a esempio intervenire su un quadro clinico insolito).

In sintesi se nelle attività “skill based” l’abilità consiste nello svolgere il compito pur senza dover necessariamente conoscerne le ragioni, nelle attività “knowledge based”, l’attività consiste nel possedere le conoscenze e le motivazioni che sottendono il compito ma non essere comunque talvolta in grado di eseguirlo in relazione alle circostanze presenti (razionalità limitata).

I modelli di sviluppo dell’azione descritti supportano le nostre attività quotidiane e gli errori che possono essere commessi fanno riferimento agli stessi modelli.

In corrispondenza di azioni “skill based” possiamo individuare degli errori del tipo “slips” e “lapsus”. In conseguenza di azioni “rule based” si possono avere dei “rule based mistakes” e a livello “knowledge based” si verificano “knowledge based mistakes”.

⇒ **“Slip”**. È un’azione non in accordo con le intenzioni. La pianificazione è valida ma l’esecuzione è carente. Si tratta di errori di azione commessi nello svolgimento di attività routinarie. L’automatismo dell’azione fallisce quando un qualcosa di non previsto interferisce con l’azione (es. il medico si è distratto e ha prescritto un farmaco differente da quello che aveva in mente).

⇒ **“Lapsus”**. È un errore conseguente a un fallimento della memoria che non si manifesta necessariamente nel comportamento oggettivo e che risulta evidente solo per la persona che lo esperisce.

⇒ **“Mistake”**. È un errore nella pianificazione. Le azioni si realizzano come sono state pianificate ma è il piano stesso a non essere valido. Si tratta di errori di intenzione (giudizio, inferenza, valutazione) conseguenti a giudizi e valutazioni sbagliate da cui ne consegue una pianificazione delle azioni non idonea al

raggiungimento dell'obiettivo. I "mistakes" possono essere di **due tipi**: "rule based" e "knowledge based".

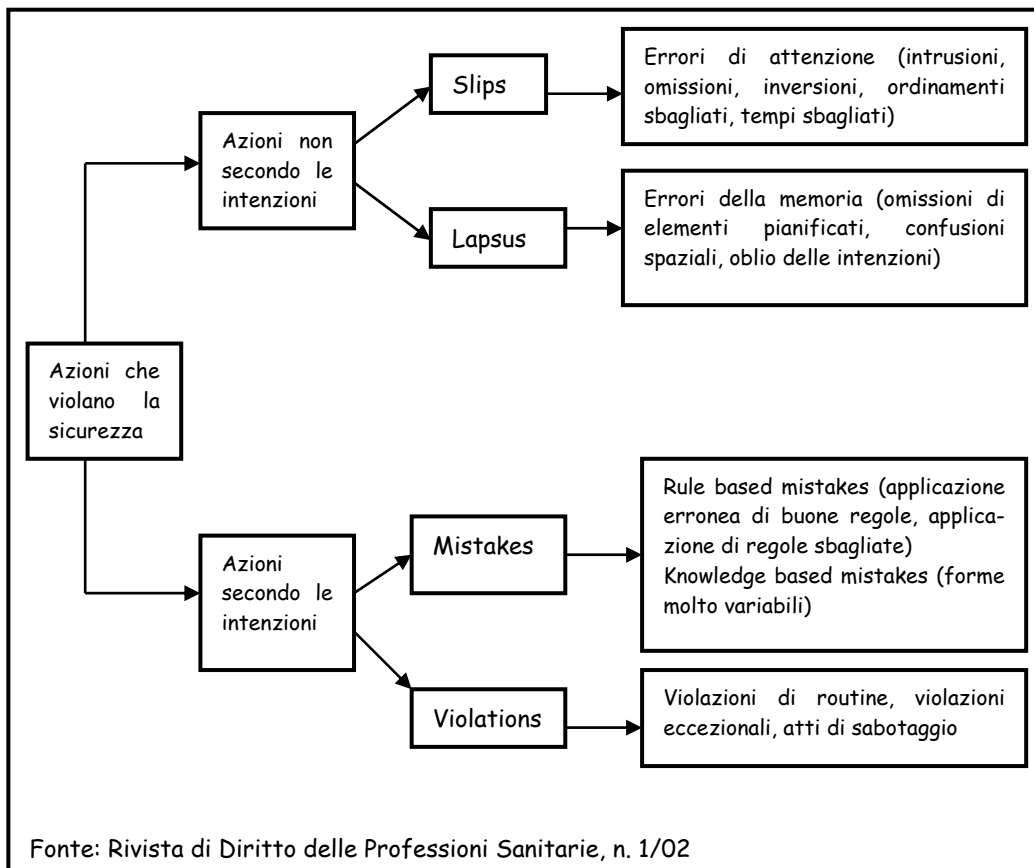
Il "rule based mistake" avviene quando è scelta la regola sbagliata a causa di una errata percezione della situazione (es. farmaco sbagliato rispetto alla patologia da trattare) oppure nel caso di uno sbaglio nell'applicazione di una regola (il farmaco è adeguato ma le dosi e il tipo di somministrazione non è corretta oppure il farmaco non si può somministrare al dosaggio prescritto).

Il "knowledge based mistake" è conseguente o alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione (la negligenza del medico si può inquadrare in tale tipo di errore). Il risultato negativo dell'azione risiede nelle conoscenze sbagliate che l'hanno determinato. Tale errore è insito nella razionalità limitata o comunque nella difficoltà di dare risposte a problemi che presentano una ampia gamma di possibili scelte.

Gli autori dell'articolo analizzato propongono in chiusura uno schema che ben puntualizza, crediamo, le varie tipologie di errore secondo il modello del già citato Prof. James Reason e che si riporta più sotto (figura: Le azioni che violano la sicurezza).

Val forse la pena di citare che gli autori provengono dall'Azienda Sanitaria di Firenze (uno di questi è il Direttore Sanitario mentre gli altri fanno parte del Centro Ricerche in Ergonomia e della Sezione Accreditamento e VRG) e che "l'ASL di Firenze, forse tra le prime in Italia, ha adottato un modello di approccio sistemico per l'analisi degli incidenti in campo medico", simile a quello appena presentato.

Le azioni che violano la sicurezza



3.c - Prestazioni infermieristiche e possibili errori

Sembra opportuno, a questo punto, prima di passare a individuare i possibili errori che potrebbero essere commessi dall'infermiere nell'esercizio della sua attività professionale, cercare di dare una definizione di assistenza infermieristica, di prestazioni infermieristiche e di bisogno di assistenza infermieristica.

Torna utile, a tal proposito, fare riferimento al “**Modello delle prestazioni infermieristiche**” la cui elaborazione da parte di Marisa Cantarelli, docente all'epoca della Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi di Milano, ha avuto inizio nel 1986 e si è, diciamo, “conclusa” con l'ultima versione e la sua pubblicazione che risale all'anno accademico 1995-1996.

È un modello, questo, che è stato applicato, prima della sua versione definitiva, in una realtà ospedaliera lombarda al fine di verificarne la validità e la corrispondenza agli obiettivi che la proponente si era allora prefissata. Come tutti i modelli esso può essere messo in discussione, può non essere condiviso, può contenere intuizioni valide e altre meno valide: esso rappresenta, comunque, uno dei primi tentativi di ricerca e formulazione di una teoria infermieristica nel nostro Paese.

Definizioni secondo il Modello delle prestazioni infermieristiche³⁹

L'assistenza infermieristica viene definita come un comportamento osservabile che si attua mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato.

L'assistenza infermieristica è quindi un comportamento osservabile attraverso le azioni di assistenza infermieristica; ha l'obiettivo di offrire un servizio alla comunità, obiettivo che persegue attraverso le **azioni di assistenza infermieristica**.

Le azioni di assistenza infermieristica sono definite **prestazioni** cioè i risultati conseguiti mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato. [...]

I **tre elementi principali** che costituiscono il concetto di prestazione infermieristica sono:

- 1) la prestazione risolve un bisogno specifico
- 2) la prestazione è un complesso di azioni coordinate
- 3) è un risultato.

³⁹ Cantarelli M., *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Masson, 1996, pagg. 109 e segg.

Il bisogno specifico è, naturalmente, quello di assistenza infermieristica che il modello delle prestazioni definisce come segue:

Il bisogno specifico di assistenza infermieristica è la necessità, l'esigenza da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano.

Il bisogno specifico di assistenza infermieristica può essere soddisfatto unicamente dal professionista infermiere, in quanto egli possiede la conoscenza, la competenza tecnica e l'indirizzo deontologico che possono portare alla risoluzione del bisogno.

Il bisogno di assistenza infermieristica può essere manifesto o non conosciuto.

È manifesto quello che si tramuta in domanda di assistenza infermieristica, è non conosciuto quel bisogno oggettivo di salute che potenzialmente potrebbe trasformarsi in bisogno manifesto e quindi in domanda.

Il bisogno non conosciuto è presente nelle persone che ancora non sanno di essere malate o può essere anche rappresentato dalla necessità di interventi di prevenzione.

L'individuazione dei bisogni di assistenza infermieristica, sempre secondo la teorizzazione, non è casuale ma deriva dall'osservazione del "fare infermieristico" rappresentato dalle numerose attività effettivamente svolte dall'infermiere.

È stato così scelto di raggruppare tutte quelle attività che rispondono a un singolo bisogno; ne sono risultati 11 suddivisioni alle quali corrispondono altrettanti bisogni di assistenza infermieristica.

Elenco dei bisogni di assistenza infermieristica individuati e le relative prestazioni secondo il Modello delle prestazioni infermieristiche⁴⁰

I bisogni di assistenza infermieristica	Per ogni bisogno una prestazione infermieristica
1. bisogno di respirare	1. assicurare la respirazione
2. bisogno di alimentarsi e idratarsi	2. assicurare l'alimentazione e la idratazione
3. bisogno di eliminazione urinaria e intestinale	3. assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale
4. bisogno di igiene	4. assicurare l'igiene
5. bisogno di movimento	5. assicurare il movimento
6. bisogno di riposo e sonno	6. assicurare il riposo e il sonno
7. bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria	7. assicurare la funzione cardio-circolatoria
8. bisogno di un ambiente sicuro	8. assicurare un ambiente sicuro
9. bisogno di interazione nella comunicazione	9. assicurare l'interazione nella comunicazione
10. bisogno di procedure terapeutiche	10. applicare le procedure terapeutiche
11. bisogno di procedure diagnostiche	11. eseguire le procedure diagnostiche

Ci si propone ora di cercare di esplicitare e analizzare i possibili errori o i quasi errori in cui può incorrere l'infermiere che opera in corsia al fine di mettere in atto una strategia per la prevenzione degli stessi. Per far ciò ci si avvale del "Piano di assistenza infermieristica"⁴¹, strumento applicativo del modello concettuale della Cantarelli che scaturisce, ed è orientato, dal processo di assistenza infermieristica. Ci si avvale, inoltre, delle "Nursing Diagnoses: Definitions & Classification", diagnosi infermieristiche e loro classificazione, messe a punto dalla NANDA, North American Nursing Diagnosis Association.

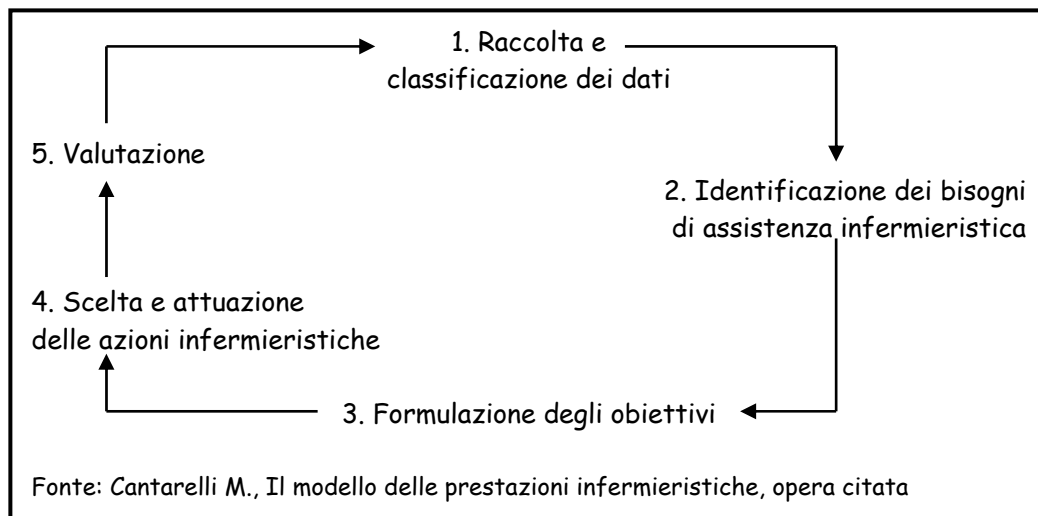
Il processo di assistenza infermieristica, orientato dal Modello delle prestazioni infermieristiche, si compone di cinque fasi collegate tra loro da un

⁴⁰ Cantarelli M., *opera citata*, pag. 111

⁴¹ Cantarelli M., *opera citata*, pag. 151 e segg.

rapporto circolare. Il processo deve essere messo in atto tutte le volte che la persona che richiede assistenza manifesta un bisogno specifico di assistenza infermieristica, quindi anche più volte durante il trattamento.

Fasi del processo di assistenza infermieristica (secondo il Modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli)



Le diagnosi infermieristiche prodotte dalla NANDA sono, secondo gli autori, "...un modo per raccontare l'esperienza vissuta con un dato paziente dal punto di vista clinico e anche un mezzo per comunicare ad altri la propria esperienza [...] Questo passaggio di informazioni, e la standardizzazione del linguaggio sono ancor più necessari oggi se si tiene conto che ci si sta rapidamente muovendo verso un tipo di assistenza multidisciplinare dovuta ai continui e incalzanti progressi tecnologici e all'espansione dell'informazione via rete. [...] Le diagnosi vengono presentate in ordine tassonomico e includono le caratteristiche di base di una diagnosi infermieristica: definizione, caratteristiche identificative, fattori correlati e/o fattori di rischio. [...] Si è cercato, in questo lavoro di classificazione, di usare un linguaggio semplificato con lo scopo di uniformare definizioni e vocaboli per l'utilizzo di 'database' universali"^{42*}.

⁴² NANDA, *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, The 2001-2002 Edition

* libera traduzione della scrivente

Una buona raccolta e classificazione dei dati del paziente all'ingresso, un'adeguata identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, un'opportuna e correlata formulazione degli obiettivi rispetto al soddisfacimento del bisogno di assistenza infermieristica, la scelta delle azioni infermieristiche più appropriate e la loro attuazione, la continua valutazione e rivalutazione dei risultati nel corso del processo di assistenza secondo le variazioni che si rendono necessarie, tutto ciò sostenuto da una diagnosi infermieristica "universale"⁴³ pur nella consapevolezza che ogni caso è a sé, tutti questi fattori potrebbero, ad avviso della scrivente, consentire di ridurre al minimo il rischio di errori in corsia o quanto meno evitare che gli stessi si ripetano.

Questo processo, però, può essere sfavorevolmente influenzato dalla mancanza di tempo, mancanza che non può comunque giustificare il mal operare e la negligenza di un professionista.

Una buona formazione di base, l'aggiornamento continuo, lo scambio di esperienze, potrebbero essere gli strumenti per ridurre al minimo gli episodi di "malpractice".

3.d - Errore e quasi errore: è possibile prevenirli?

Utilizzando alcune sentenze statunitensi che riguardano condanne a carico di infermieri per "malpractice" - ricordiamo che, come già ampiamente scritto, la casistica americana in questo settore è la più consistente - il piano di assistenza infermieristica secondo il Modello delle prestazioni infermieristiche e le diagnosi infermieristiche della NANDA, si cercherà ora di individuare i comportamenti più idonei al fine di evitare di incorrere in errori, non stancandoci di ripetere che errare è umano secondo l'opera già citata "to err is human".

⁴³ Simoni A., *La cartella dell'infermiere*, Tempo Medico n. 679 dell'11 Ottobre 2000

➤ **Ulcere da pressione (bisogno di movimento): caso di studio n. 1**

Ulcere da pressione

L'assistenza infermieristica di questo paziente è stata al di sotto dello standard di un'assistenza professionalmente valida. Il paziente era ad alto rischio per lo sviluppo di ulcere da pressione. Era immobilizzato a letto e non poteva muoversi. L'alto grado di rischio per questa evenienza non era stato registrato nella cartella infermieristica. Né tanto meno era stata trovata traccia di una diagnosi infermieristica sullo stato della cute né era stata trovata traccia di un obiettivo infermieristico avente come oggetto la prevenzione di lesioni della cute. Ci sarebbe dovuto essere un programma di intervento per mantenere l'integrità cutanea. È molto importante che il medico e l'infermiere/a collaborino per adottare provvedimenti volti a mantenere l'integrità della cute del paziente.

Come regola generale, in un caso di "malpractice" contro un operatore sanitario, il paziente deve essere in grado di provare che l'operatore sanitario in questione è obbligato a proteggere e preservare il paziente da eventuali danni, che nel caso in questione l'operatore sanitario non ha ottemperato al suo dovere, che il paziente ha per questo motivo sofferto un danno e che gli atti e omissioni dell'operatore sanitario sono stati in effetti la causa primaria della lesione e del danno subito dal paziente.

Corte di Appello della Louisiana, 1997

L'analisi del caso e la motivazione della sentenza proseguono nel modo seguente.^{44*} il paziente era stato ricoverato nel reparto di terapia intensiva a seguito di un incidente d'auto, non indossava la cintura di sicurezza ed era stato sbalzato dal veicolo.

Il chirurgo ortopedico aveva provveduto a confezionare un'apposita imbracatura al fine di controllare il sanguinamento e stabilizzare la frattura pelvica. Il paziente era rimasto in quell'unità per dieci giorni ed era stato in seguito trasferito in un reparto di medicina generale. All'ingresso in questo reparto l'infermiera/e annotò sulla cartella che un terribile odore proveniva dall'imbracatura senza peraltro preoccuparsi di indagare oltre né di accertare la causa di questo odore né tantomeno procedeva a notificare il fatto al medico.

Dodici giorni dopo l'incidente, il paziente fu trasferito in un centro specializzato per la riabilitazione e qui, al suo ingresso, l'infermiera/e che lo esaminò notò una larga, maleodorante ulcera da pressione su entrambe le natiche, ulcera che

⁴⁴ Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession(5)8 Aug 97

* libera traduzione della scrivente

richiese un'immediata toilette chirurgica. Ma la lesione era così estesa che non fu possibile al chirurgo completare la procedura in una sola seduta, come da protocollo. Seguirono, nei dieci mesi successivi, tredici interventi per ripulire la lesione, interventi sfiguranti e demolitivi risultanti in una consistente disabilità alla persona.

La Corte rilevò che la "malpractice" era da attribuirsi agli infermieri e ai medici del primo ospedale. **Agli infermieri** perché avrebbero dovuto accertare l'alto rischio di sviluppo di ulcere da pressione dovute alla forzata immobilità, e perché avrebbero dovuto farsi dire dal medico quante volte il paziente avrebbe dovuto essere mobilizzato. Infatti, sebbene fosse a carico del medico la prescrizione circa il numero di volte che sarebbe stato necessario mobilizzare il paziente in questione, la Corte ha ritenuto che fosse compito degli infermieri porre al medico questa domanda. E nonostante fosse necessario ottenere la prescrizione del medico, la Corte ha ritenuto anche che la responsabilità di attivare un piano per il controllo e la cura della cute del paziente fosse esclusivamente compito degli infermieri, senza che si dovessero attendere istruzioni dal medico. Gli infermieri avrebbero dovuto insegnare al paziente a usare frequentemente il trapezio al fine di sollevarsi almeno una volta ogni ora per diminuire la pressione sull'osso sacro e sulle natiche. Si sarebbe dovuto ispezionare regolarmente la cute sotto la imbracatura - cosa peraltro mai fatta. Si sarebbe dovuta attivare una scheda delle condizioni della cute e degli obiettivi da raggiungere per la conservazione della sua integrità e valutare le variazioni dello stato della cute. Si sarebbe dovuta ispezionare la cute e annotarne lo stato in occasione di ogni variazione di posizione del paziente. Sembra che la mobilizzazione sia stata iniziata solo al settimo giorno, non seguita però da alcuna ispezione della cute.

La Corte rimase impressionata dal fatto che gli infermieri non si fossero preoccupati delle lamentele e del disagio del paziente né di accertare la causa del forte odore proveniente dall'imbracatura né si fossero preoccupati, infine, di informare di questo fatto il medico.

Considerazioni relative al caso di studio n. 1

- **Modello teorico proposto da James Reason:** facendo riferimento a questo modello, il comportamento adottato dagli infermieri nel caso trattato può essere

inquadrate come "**mistake**" = errore nella pianificazione dovuto a valutazioni sbagliate e, per la precisione, come "**knowledge based mistake**": negligenza, grave nel caso specifico, conseguente alla mancanza di conoscenze, a errata valutazione del caso o, peggio ancora, a superficialità e noncuranza nell'identificazione del bisogno assistenziale del paziente.

Se poco, purtroppo, può essere fatto di fronte a superficialità e noncuranza al momento della valutazione del paziente, tenuto conto che un infermiere, per la professione che esercita, non può in alcun caso comportarsi in modo superficiale e noncurante, molto si può fare rispetto alle conoscenze e a una buona valutazione del caso.

● **Processo di assistenza infermieristica:** le fasi del processo di assistenza, secondo il modello teorico di Marisa Cantarelli, possono essere un valido aiuto nell'individuare i bisogni di assistenza, nel formulare degli obiettivi, nel valutare i risultati.

Nel caso specifico arriva alla nostra attenzione un paziente portatore di imbracatura pelvica:

- 1) **raccolta e classificazione dei dati:** consente di conoscere la storia clinica attraverso la documentazione cartacea e il colloquio-intervista con il paziente; permette di osservare e rilevare il suo stato di salute, di benessere o di disagio; consente di accertare le sue condizioni psico-sociali parimenti importanti per il processo di assistenza. Nel caso specifico, opportuna sarebbe stata l'adozione di particolari scale per l'accertamento del rischio di sviluppo di ulcere da pressione (scale di Braden e Norton)⁴⁵;
- 2) **identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica:** la presenza di una imbracatura pelvica deve far subito pensare a un bisogno di assistenza infermieristica correlato al mancato movimento e al rischio di sviluppo di ulcere da pressione con conseguente messa in atto di programmi specifici di mobilitazione e controllo della cute. Ovviamente verranno rilevati anche gli altri bisogni che nascono da una immobilizzazione forzata (più o meno tutti gli

⁴⁵ Cavazzuti F., Cremonini G., *Assistenza Geriatrica Oggi*, Casa Editrice Ambrosiana, Prima Ed., 1998

11 bisogni previsti dal modello) e per i quali si potrà valutare la capacità di autosoddisfacimento da parte del paziente;

- 3) **formulazione degli obiettivi:** dopo avere ben accertato le condizioni e i bisogni di assistenza del paziente si procede alla formulazione degli obiettivi. Nel caso in questione, rispetto al bisogno di movimento, si programmerà, per esempio, di mobilizzare il paziente ogni ora e si programmerà anche di controllare lo stato della cute nelle zone a rischio;
- 4) **scelta e attuazione delle azioni infermieristiche:** per la mobilizzazione si può scegliere da un lato di educare il paziente a muoversi ogni ora utilizzando i dispositivi per la mobilizzazione (trapezio o altro), dall'altro si deciderà di controllare che ciò venga fatto regolarmente, e si procederà ad accertare lo stato di salute della cute almeno una volta al giorno;
- 5) **valutazione:** la valutazione, in un caso come quello di cui trattasi, andrebbe fatta giorno per giorno. Ciò consentirebbe di "aggiustare" gli obiettivi e di intervenire sugli atti e sulle azioni infermieristiche secondo il bisogno e seguendo il decorso clinico.

● **Le diagnosi infermieristiche della NANDA:** sono un altro strumento utilizzabile dall'infermiere per meglio riconoscere e soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica del malato. Per il rischio di ulcere da pressione si riporta integralmente la diagnosi infermieristica stilata dalla NANDA.

"Rischio per l'integrità della cute.

Definizione: condizione per cui risulti a rischio l'integrità della cute di un individuo.

Fattori di rischio:

- **esterni** = radiazioni; immobilizzazione fisica; fattori meccanici (per esempio, forze abrasive, compressive, gravitazionali); ipotermia o ipertermia; umidità, sostanze chimiche; escrezioni e/o secrezioni; età avanzata;
- **interni** = farmaci; prominenze scheletriche; immunologici; predisponenti; sensibilità alterata; pigmentazione alterata; stato metabolico alterato; problemi circolatori; alterazioni nel turgore della cute (cambiamenti nella elasticità); alterazioni dello stato nutrizionale (obesità, cachessia); malattie psicogenetiche.

Note: il rischio dovrebbe essere determinato usando uno strumento di accertamento del rischio (es. la scala di Braden)^{46*}.

➤ **Ulcere da pressione (bisogno di movimento): caso di studio n. 2**

Ulcere da pressione

Una Corte può ritenere infermieri e medici assoggettabili a un processo civile per negligenza o per omissione di azioni e procedure, ritenendo questi fatti come condotta che non raggiunge i requisiti standard di assistenza, quando sia dimostrabile la relazione causa-effetto in caso di danno al paziente.

Il paziente avrebbe dovuto essere mobilizzato a letto ogni due ore, anche se non consenziente. Al paziente fu permesso di fumare, nonostante numerosi ammonimenti. Il fumo impedisce la guarigione delle ulcere da pressione. Questi pazienti non dovrebbero fumare.

Gli infermieri erano anche responsabili del corretto apporto e controllo dell'assunzione di bevande contenenti dosi supplementari di proteine.

L'igiene perineale e l'asciugatura della zona non sono state adeguate. Si è avuto lo sviluppo di un ascesso perirettale con conseguente colonizzazione di batteri nella lesione. Anche un'infezione da stafilococco già presente all'ammissione si è propagata alla lesione. Corte Distrettuale degli Stati Uniti, Missouri, 1996

Il paziente era paralizzato dalla vita in giù a causa di un vecchio incidente d'auto e sviluppò ulcere da pressione durante un lungo viaggio in automobile durante il quale non aveva portato con sé un apposito cuscino indicato per un caso del genere.

Dopo l'ingresso in ospedale per ulcere da pressione di grado da I a III su entrambe le natiche il paziente ammise che quelle ulcere erano in parte dovute a una sua negligenza. Ma una volta in ospedale, però, la negligenza nell'assistenza fu chiaramente dovuta a mancanze del personale medico e infermieristico, secondo la Corte Distrettuale degli U.S. del Distretto Orientale del Missouri. Le sue lesioni si espansero, divennero necrotiche e infette, si sviluppò una osteomielite ed entrambi gli arti inferiori dovettero essere amputati.

Secondo la Corte, il monitoraggio costante e il ricorso frequente alla toilette chirurgica del tessuto necrotico e infetto al fine di consentire l'esposizione del tessuto sano per facilitarne la crescita, sono i capisaldi dell'assistenza medica per le ulcere da pressione. La cura delle ferite infette richiede anche frequenti tamponi colturali,

⁴⁶ NANDA, *opera citata*, pag. 44
* libera traduzione della scrivente

studi sulla risposta agli antibiotici e un'adeguata terapia antibiotica. Il paziente in questione era stato trattato in modo sporadico e inefficiente anche se in molte occasioni il medico curante si trovò di fronte ai segni di un'infezione sistemica e avanzata come temperatura corporea alta, valori pressori bassi, sudore, tremori, confusione mentale e disorientamento. La Corte stabilì che questi segni avrebbero dovuto allarmare gli infermieri i quali avrebbero dovuto chiamare immediatamente il medico al fine di valutare lo stato del paziente.

La Corte stabilì anche che i medici avrebbero dovuto prescrivere un letto speciale con un materasso ad aria, anche se gli infermieri si erano lamentati del fatto che ciò avrebbe causato maggior disagio a loro nella cura del paziente, invece dei comuni cuscini e ciambelle che gli infermieri trovavano più comodi da usare: il materasso a gonfiamento automatico di aria sarebbe stato il modo migliore per soddisfare i bisogni del paziente^{47*}.

Considerazioni relative al caso di studio n. 2

Valgono, anche per questo caso, le considerazioni e l'analisi rispetto ai modelli teorici e alle diagnosi infermieristiche NANDA già svolte per il caso di studio proposto precedentemente.

A ulteriore conferma, se mai ce ne fosse bisogno, che lo sviluppo di ulcere da pressione o il loro progressivo aggravamento rappresentano il fallimento dell'assistenza infermieristica, si riporta quanto contenuto nel testo *Nursing Malpractice*, già citato, relativamente all'argomento ulcere da pressione^{48*}.

Lo sviluppo di ulcere da pressione può essere il risultato di un'assistenza non appropriata. Ci sono molti fattori di rischio per lo sviluppo di queste ulcere come: confusione mentale, apporto nutrizionale insufficiente, immobilità, obesità, cachessia e incontinenza. Normalmente l'infermiere identifica il rischio di sviluppo di ulcere e di lesioni all'accettazione o quando si evidenziano i fattori di rischio.

⁴⁷ Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession(5) 1 Jan 97

* libera traduzione della scrivente

⁴⁸ W. Iyer P., *Nursing Malpractice*, opera citata, pag. 403 e segg.

Altri fattori possono concorrere allo sviluppo di ulcere e lesioni quali le forze di pressione che si esercitano sull'osso sacro quando la testata del letto viene posta a un'angolazione superiore ai 30 gradi, oppure le forze di frizione che si esercitano quando si trascina il corpo del paziente. Un altro fattore scatenante è l'incontinenza la quale non solo produce umidità vicino alla cute (che è un'altra causa di irritazione cutanea e conseguente lesione) ma può anche contribuire alla continua contaminazione di un'ulcera già esistente. I pazienti più a rischio sono proprio quelli che più spesso non sono in grado di esternare i propri bisogni. [...] La responsabilità maggiore dell'infermiere è la identificazione immediata del rischio seguita da rivalutazioni continue, se necessario. L'identificazione del rischio al momento opportuno e la stesura di un protocollo per la prevenzione sono ritenute parte dell'assistenza standard. Segue un sunto delle linee-guida prodotte dalla AHCP, Agency for Health Care Policy Research.

➤ **Bisogno di procedure terapeutiche: caso di studio n. 3**

Procedure terapeutiche

L'infermiera/e ammise davanti alla Corte di non avere provveduto a registrare la sede e la modalità di somministrazione dell'iniezione a un paziente in pronto soccorso.

La Corte accettò la testimonianza di due infermiere esperte che la mancata registrazione della sede e del modo di somministrazione di un farmaco è al di sotto dei livelli standard di assistenza.

Se da un lato la mancata registrazione della sede e del modo di iniezione non influenza la effettiva modalità di somministrazione, dall'altro è indice in questo caso di non osservanza della corretta procedura nell'esecuzione del proprio compito da parte dell'infermiera/e.

All'infermiera/e fu consentito di testimoniare circa il suo modo abituale di effettuare un'iniezione intramuscolo. La sua deposizione dopo il fatto confermò la corretta conoscenza dell'infermiera/e sul dove e sul come effettuare l'iniezione intramuscolo.

Tuttavia due medici testimoniarono che il danno al paziente poteva essere dovuto a una somministrazione sottocutanea piuttosto che a una intramuscolo mentre un terzo sostenne che ci poteva essere stato un danno a un nervo.

Dopo aver valutato l'evidenza, la giuria dichiarò l'infermiera negligente e la condannò a pagare i danni.

Corte di Appello della Louisiana, 1997

Secondo la sentenza, in un caso recente, un'infermiera/e somministrò una iniezione di Demerol e Vistaril, dietro prescrizione medica, a un paziente ricoverato in pronto soccorso per dolori toracici.

Per diverse settimane dopo il fatto, il paziente lamentò dolori al fianco e un gonfiore nella sede dell'iniezione. Sostenne che gli fu impossibile lavorare. Un neurologo, due mesi dopo l'iniezione, formulò la diagnosi di neuropatia gluteo-cutanea, per la quale fu prescritta una terapia fisica. Una Giuria di primo livello condannò l'infermiera/e responsabile e l'ospedale datore di lavoro della stessa. Sentenza confermata in seguito dalla Corte di Appello.

Il processo stabilì che l'infermiera/e aveva causato danni al paziente somministrando l'iniezione con modalità sotto i livelli standard di assistenza. Non ci fu però alcuna prova circa la causa del danno.

L'infermiera/e testimoniò che era di normale routine usare un ago di uno-un pollice e mezzo, di inserirlo attraverso la cute sopra il muscolo gluteo con un'angolazione di 90 gradi nel muscolo, quindi di aspirare per vedere le possibili tracce di sangue, e poi iniettare il farmaco.

Furono chiamati molti medici a testimoniare. La loro testimonianza stabilì che il danno al paziente sarebbe potuto essere derivato da una errata iniezione sottocutanea piuttosto che intramuscolo o che un nervo poteva essere stato lesa a causa della errata sede di inoculo.

Decisiva fu la testimonianza di due infermiere esperte che deposero circa gli standard di assistenza infermieristica. Sostennero che era sotto gli standard di professionalità non registrare il modo e la sede di iniezione. Questa omissione convinse la Corte che l'infermiera/e non aveva proceduto correttamente^{49*}.

Considerazioni sul caso di studio n. 3: per il nostro Paese, povero per il momento di processi e condanne di personale infermieristico, può sembrare questo un caso limite. Ci è parso, tuttavia, utile riportarlo per stigmatizzare come l'assistenza infermieristica a livelli professionali standard passi anche attraverso la corretta registrazione degli atti e delle procedure infermieristiche compiuti. Resta la perplessità, nel caso in esame, del reale svolgimento dei fatti: vi è stato o no errore nella scelta della sede e del modo di somministrazione della terapia? Nel dubbio la condanna scatta per un mancato adempimento che si configura come prestazione

⁴⁹ Legal Eye Newsletter for the Nursing Profession(5) 10 Oct 97

* libera traduzione della scrivente

professionale sotto i livelli standard.

➤ **Bisogno di procedure terapeutiche: caso di studio n. 4**⁵⁰

Procedure terapeutiche (Sentenza 1878/2000 Corte Cassazione Roma)

Il fatto

Per alcuni pazienti era stata prescritta una soluzione commerciale denominata "Soluzione 4" contenente cloruro di potassio. La farmacia interna, essendone priva, in sostituzione aveva mandato un'altra soluzione contenente cloruro di potassio, denominata "K Flebo". La concentrazione di quest'ultima è diversa e la prescrizione deve essere quindi ritarata secondo la nuova concentrazione.

Il medico di reparto, pur venendo a conoscenza del fatto, si è limitato a dare generiche indicazioni orali.

L'infermiera somministrante (la preparazione era stata delegata all'infermiera generica) non interviene sul medico per fare cambiare la prescrizione e procede alla somministrazione causando la morte di due pazienti.

La Corte ha confermato la condanna per i medici e l'infermiera professionale e assolto la caposala. Del tutto estranea si è dimostrata la posizione dell'infermiera generica, che si era limitata a preparare la fleboclisi.

La posizione dei medici

Compito dei medici era quello di provvedere a nuova prescrizione, ritarando il farmaco secondo la nuova corretta concentrazione.

I medici, e in particolare uno di loro, era tenuto "per la posizione rivestita di tutela e garanzia dell'integrità fisica dei pazienti affidati alle sue cure" a scrivere una nuova prescrizione in conseguenza della sostituzione del farmaco non fosse altro perché detta attività comporta di per sé "un grado di attenzione e di riflessione elevato" nonché "per l'ovvia considerazione che le istruzioni, scritte sui fogli di terapia o sulle cartelle termometriche e quindi sulle flebo, sarebbero venute a conoscenza di qualunque operatore medico o paramedico". Il medico risponde cioè per la sua posizione di corretto prescrittore che deve intervenire ogni qualvolta si possono creare problemi tra l'atto prescrittivo e la somministrazione del farmaco.

La posizione dell'infermiera

Compito dell'infermiera professionale era quello di "attivarsi...al precipuo scopo di ottenerne una precisazione per iscritto che valesse a responsabilizzare il medico e a indurlo a una eventuale rivisitazione della precedente indicazione...". L'attivazione dell'infermiera era doverosa, in quanto la Corte ha ritenuto corretto ritenere "esigibile, da parte dell'infermiere professionale, che l'attività di preparazione del flacone non sia prestata in modo **meccanicistico**, ma in modo collaborativo con il medico, non già per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto, bensì per richiamarne l'attenzione sui dubbi avanzati a proposito del dosaggio in presenza di variazione del farmaco, conseguendo proprio dal dovere dell'infermiere professionale, quindi, l'obbligo di attivarsi in tal senso".

segue

⁵⁰ Benci L. in *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, 2001; 4(1): 41-52, Lauri Edizioni

Il linguaggio adoperato dalla Cassazione è - come al solito - piuttosto vecchio e non preciso (es. l'attività di preparazione dei flaconi per le infusioni è demandata specificamente all'infermiere professionale "comandato di servizio dalla caposala...") e non rispettoso di attività e dinamiche professionali. La sentenza però, contiene più di un motivo di interesse e in particolare la sindacabilità della prescrizione medica. Le vecchie norme mansionarie dell'infermiere, contenute nella normativa previgente e oggi abrogata - DPR 14 marzo 1974, n. 225 - attribuivano all'infermiere il compito di somministrare farmaci dietro prescrizione medica. L'attuale **profilo dell'infermiere** specifica che l'infermiere **"garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche"**. L'infermiere, quindi, deve "garantire" la corretta somministrazione di farmaci, la quale però è l'ultimo atto di un procedimento complesso che parte dalla prescrizione medica e prosegue con la somministrazione. In caso di dubbi l'infermiere deve intervenire presso il medico **non essendo lui un mero esecutore** delle prescrizioni mediche. [...]

Colpisce la difesa fatta propria dall'infermiera, nella parte in cui sostiene - in un caso di omicidio colposo plurimo, è bene ricordarlo - che non compete all'infermiera "la valutazione del dosaggio prescritto dal medico". La strategia difensiva basata sul ruolo meramente esecutivo dell'infermiere rispetto a precisi atti professionali è sempre stata una strategia perdente. Anche nel passato regime mansionario.

Discorso a parte merita la giusta assoluzione dell'infermiera generica, figura professionale posta da oltre un ventennio ad esaurimento, e che nel fatto di specie si era limitata alla mera preparazione secondo le istruzioni ricevute, non avendo avuto un ruolo attivo nella vicenda e non competendo a lei, per posizione e limiti professionali, la somministrazione dei farmaci per via endovenosa.

Fonte: Luca Benci in Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie n. 1/01

L'avv. Alessandro Cuggiani per IPASVI, commenta la sentenza come segue: "[...] Per quanto, poi, riguarda la responsabilità dell'infermiera professionale, la Corte ha ritenuto valida l'interpretazione che il Giudice di merito ha dato della circolare n. 28 del 1986 (in sentenza non la si attribuisce ad alcun Ministero) sull'applicazione della fleboclisi, che, nel punto in cui estende a carico dell'infermiere professionale la responsabilità sulla preparazione del flacone contenente i farmaci prescritti dal medico, ha desunto l'obbligo, a carico di tale figura professionale, di attivarsi nel caso in cui si presentassero **dubbi** sul dosaggio prescritto, allo scopo di ottenere delle precisazioni **per iscritto** che valessero a responsabilizzare il medico e a indurlo a un'eventuale rivisitazione della precedente indicazione. Tutto ciò a seguito del fatto che non può che correlarsi al dovere dell'infermiere di preparare il flacone secondo indicazioni certe e non contestabili, pertanto appare giusto ritenere che l'attività di preparazione del farmaco non venga prestata in 'modo meccanicistico', dall'infermiere professionale, ma collaborativo col medico, non già

per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco, ma per richiamare l'attenzione del medico sui dubbi avanzati circa il dosaggio in presenza di variazioni"⁵¹.

Considerazioni sul caso di studio n. 4: il caso si commenta da solo. È uno dei non molti casi italiani che prevedono condanne a carico di infermieri. Come già sottolineato dai commentatori, la sentenza permette di stigmatizzare il nuovo ruolo dell'infermiere, conferitogli dal profilo professionale, che è quello di collaboratore del medico per la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche e non più di mero esecutore dei suoi ordini. Una testa pensante, un professionista in più, quindi, a disposizione del paziente, con tutte le responsabilità etiche, civili, penali, deontologiche che ciò comporta.

➤ **Bisogno di procedure terapeutiche: caso di studio n. 5**⁵²

Procedure terapeutiche

Tre anni fa, all'ospedale di Carrara, a un uomo di 75 anni fu iniettata una flebo di potassio puro, invece che diluito nella soluzione fisiologica, per un "equivoco" tra medico e infermiera. L'uomo morì in pochi secondi.

A Berna, un neonato è morto per aver ricevuto una soluzione di calcio invece che di glucosio. Sulla bottiglia, senza etichetta, qualcuno aveva scritto "glucosio".

Fonte: Panorama on line, 4/5/2001

➤ **Bisogno di procedure terapeutiche: caso di studio n. 6**⁵³

Morì per la chemio sbagliata. Incriminata un'infermiera

Uccisa da un ciclo di chemioterapia sbagliato: prima per lo scambio di due farmaci, e poi per l'errata somministrazione del secondo con le dosi del primo, quattro volte superiori allo standard. Così il 10 dicembre 2000 è morta una paziente ricoverata dal 14 novembre all'ospedale San Raffaele. L'inchiesta del pm Maria Vittoria Mazza e le perizie scaturite dall'esposto dell'avvocato Luca Ricci per il marito della donna, non lasciano dubbi sui fatti, peraltro correttamente riportati il 24 novembre in cartella clinica: "La paziente è stata sottoposta dall'infermiera a chemioterapia con il farmaco Velbe 30 mg anziché con il farmaco Navelbine 30 mg". Mentre per il Navelbine il dosaggio prescritto era 20 milligrammi per metro quadrato di superficie corporea, per il Velbe la dose non avrebbe dovuto superare i 5 milligrammi. La Procura chiede il rinvio a giudizio per "omicidio colposo" a carico di ..., la trentenne infermiera difesa da Luigi Isolabella. Un'infermiera che ai corsi aveva sempre avuto i voti più alti.

Fonte: Corriere della Sera, 25/7/2002

⁵¹ Cuggiani A., *Responsabilità penale dell'infermiere in relazione a fleboclisi*, Infermiere oggi, n.1/01, IPASVI

⁵² Palmerini C., *Errori in corsia. Se li conosci li eviti*, in Panorama on line, 4/5/2001

⁵³ Ferrarella L., *Morì per la chemio sbagliata. Incriminata un'infermiera*, Corriere della Sera, 25.7.2002

➤ **Sulle responsabilità: caso di studio n. 7⁵⁴**

Infermieri. Cassazione severa sulle responsabilità

ROMA - La Cassazione richiama infermieri e paramedici alle loro responsabilità: allo stesso livello dei medici, hanno spiegato i giudici, sono "portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti loro affidati" e hanno il preciso dovere di eseguire prontamente tutte le disposizioni necessarie alla tutela della salute dei malati. Non possono scaricare le responsabilità trasferendo gli ordini ricevuti ad altri colleghi ma devono eseguirli in prima persona nel contesto del loro orario di servizio.

Sulla base di queste motivazioni, la Suprema Corte (nella sentenza 9368) ha confermato la condanna per omicidio colposo inflitta a tre infermieri del pronto soccorso del Policlinico di Bari che non avevano avvisato il medico internista - come aveva richiesto il chirurgo di guardia - lasciando senza cure né assistenza un marinaio di leva portato di corsa all'ospedale per un colpo alla testa seguito a una caduta. Trasportato in ospedale alle cinque e quaranta, il giovane fu lasciato solo su una sedia a rotelle fino alle otto e un quarto, quando un poliziotto si accorse che non dava segni di vita. Invano fu operato d'urgenza: ormai un grosso ematoma aveva reso irreversibile lo stato di coma, mentre i quattro infermieri avvicendatisi non avevano avvisato l'internista e si erano limitati a passarsi la consegna.

La Cassazione ha confermato l'accusa di omicidio colposo, respingendo le obiezioni degli infermieri che avevano sottolineato la gravità del colpo ricevuto, tale da escludere - a loro giudizio - qualsiasi possibilità di intervento. La Cassazione, confermando la decisione della Corte di Appello di Bari, ha scagionato da ogni responsabilità il medico di guardia che ordinò di chiamare l'internista (stava assistendo un malato di coliche e dunque non era disponibile), ma è stata irremovibile con i paramedici. Fissando, tra l'altro, il principio della "**posizione di protezione**" che gli infermieri assumono nei confronti dei malati loro affidati, "**anche per ambiti sanitari diversi dal pronto soccorso**".

Per i supremi giudici le posizioni di garanzia "sono inequivoche espressioni di solidarietà" che trovano il loro fondamento nell'articolo 2 della Costituzione, che impone il rispetto della persona umana.

Fonte: il Sole 24 Ore, 14/9/2000

➤ **Sulla conservazione e tenuta dei farmaci: casi di studio n. 8 e 9⁵⁵**

Detenzione di farmaci scaduti

Tre infermieri professionali, che svolgevano la propria attività in un ospedale, prestavano servizio in orario di lavoro straordinario presso una casa protetta. Il loro impegno orario complessivo era di 50 ore mensili.

Durante un'operazione dei NAS vengono riscontrati dei farmaci scaduti nell'armadio della terapia. La tenuta dell'armadio della terapia era di competenza di "assistenti di base" (figura non ben precisata, ma probabilmente a metà strada tra un ausiliario e un OTA). Non era prevista la figura della caposala.

⁵⁴ Il Sole 24 Ore, *Infermieri, Cassazione severa sulle responsabilità*, Giovedì 14 settembre 2000

⁵⁵ Benci L., *Manuale Giuridico Professionale per l'Esercizio del Nursing*, Sec. Ediz, 2001, McGraw Hill

La difesa degli infermieri si è basata, tra l'altro, sulla impossibilità di operare tale controllo per mancanza di tempo. Il Pretore ha ritenuto che le ore in cui gli infermieri prestavano servizio costituissero un tempo "sicuramente sufficiente a svolgere appieno tutte le mansioni attribuite".

La presenza dei farmaci scaduti nell'armadio della terapia "prelude, secondo nozioni di comune esperienza, al fine di somministrazione degli stessi e ciò vale a integrare il reato di cui all'art. 443 C.P."

Nel caso in specie un farmaco scaduto (Uretral pomata) era stato rinvenuto addirittura sul carrello di distribuzione dei farmaci. Il giudizio di insalubrità dei farmaci è svolto dal legislatore che impone l'indicazione della scadenza sulle confezioni dei farmaci.

La pena comminata è stata di 4 mesi di reclusione (sostituita con otto mesi di libertà controllata) e L. 200.000 di multa con la pubblicazione della sentenza, per una volta, sul quotidiano locale.

Pretura di Ferrara, sez. distaccata di Comacchio del 10 novembre 1995

Detenzione di farmaci scaduti

La detenzione di farmaci scaduti o imperfetti non è prevista dalla legge come reato in quanto l'art. 443 del C.P. sanziona tre condotte: la detenzione per il commercio, il commercio e la somministrazione di farmaci guasti o imperfetti.

Non costituisce tentativo di somministrazione la pura detenzione di medicinali con termine di validità scaduto conservati negli armadietti a uso del personale infermieristico.

Ben diverse sarebbero le conseguenze nel caso in cui effettivamente fossero stati posti in essere atti idonei diretti in modo non equivoco alla somministrazione di medicinali scaduti, come per esempio nel caso in cui i predetti medicinali fossero stati rinvenuti negli appositi carrelli predisposti per la distribuzione ai ricoverati. In tali ipotesi non potrebbe essere esclusa la rilevanza penale della condotta posta in essere dagli imputati.

Pretura circondariale di Belluno, sentenza del 13 maggio 1999

➤ **Sull'etica professionale: caso di studio n. 10⁵⁶**

"Cambiate medico"

Fatto - Nel caso in esame l'infermiera/e notò un sensibile peggioramento delle condizioni del paziente, evidenziato da perdita di peso, allucinazioni, squilibrio mentale e stato di prostrazione grave. Prese nota dei segni e cercò di contattare il medico curante il quale però non rispose ad alcuno dei messaggi telefonici. Visto che le condizioni del paziente erano in continuo peggioramento, i familiari chiesero all'infermiere/a consiglio e l'infermiere/a rispose di "considerare la possibilità di cambiare medico".

segue

⁵⁶ Stein, Robert W. February 16, 2000. *Nurse Advises "Reconsider Choice of Physicians" A Nurse's Ethical Dilemma.* Clinical Case of The Week. Retrieved 08/08/2002 from the World Wide Web: <http://www.nursefriendly.com/nursing/clinical.cases/2000/021600.htm>

Dopo avere appreso di questo consiglio, l'ospedale licenziò immediatamente l'infermiere/a che fece causa al datore di lavoro motivando che un infermiere, regolarmente registrato all'albo, è obbligato a fare informazione e a dare consigli ai suoi pazienti e alla sua famiglia.

Considerazioni legali - Durante un ricovero in ospedale gli infermieri passano la maggior parte del loro tempo con i pazienti. Essi sono gli intermediari tra i pazienti, la loro famiglia e il medico responsabile della loro cura e trattamento. Gli infermieri, per la loro azione di mediazione diretta e indiretta, conoscono bene sia i medici capaci che quelli incapaci. Il punto, in questa causa, è nello stabilire se un infermiere iscritto all'albo (Registered Nurse), responsabile di un paziente, abbia o meno responsabilità e doveri verso tale paziente. Nel caso specifico, se abbia il dovere di suggerire al paziente o alla sua famiglia di cambiare il medico curante stante il peggioramento delle condizioni di salute del paziente e la irreperibilità del medico stesso.

Implicazioni per l'infermiere - Il caso di cui trattasi evidenzia una questione etica che prima o poi ogni infermiere incontra nella sua carriera: se si debba agire nell'interesse del paziente o se si debba invece agire in modo da evitare di essere licenziati. È meglio sacrificare un paziente così da mantenere il posto e poter essere di aiuto a molti altri in futuro o aiutarne uno solo? Che cosa fareste in una situazione del genere?
Fonte: Stein R.W., Legal Nurse Consulting Services, Inc.

Considerazioni

Gli ultimi casi (dal 5 al 10) sono stati riportati per fornire ulteriori esempi di problemi che possono presentarsi in corsia. Non solo errori o quasi errori ma anche fatti che coinvolgono le responsabilità e il comportamento degli infermieri.

E' ancora statunitense il caso 10 che sottopone alla nostra attenzione un interessante dilemma di etica e deontologia professionale: la salvaguardia della salute del paziente a fronte del rischio di licenziamento per un comportamento che può essere considerato lesivo degli interessi del datore di lavoro.

Ne è scaturita una sentenza che ha condiviso in toto l'operato dell'infermiera/e premandone anche le capacità professionali che hanno portato a una corretta rilevazione e alla successiva registrazione del deterioramento delle condizioni cliniche del paziente e del mancato intervento del medico curante.

Nel corso del capitolo si sono esaminati i possibili eventi che possono condurre a errori e, pur ribadendo, che è la natura umana stessa fonte di errori, si è cercato di individuare alcune strategie per ridurre al minimo il rischio e per evitare che l'errore si ripeta.

Una corretta ed efficace organizzazione delle fasi dell'assistenza infermieristica, una diagnosi clinica per quanto possibile precisa, una puntuale registrazione degli atti e delle azioni infermieristiche, oltre che a costituire una pratica professionale di elevato livello possono contribuire a salvaguardare la salute del paziente e a tutelare l'operatore sanitario da future azioni giudiziarie.

È in crescita, in questi ultimi anni, il numero di professionisti che aderiscono all'istanza di fondare la professione infermieristica sui fatti ("evidence based nursing").

"La pratica basata sui fatti si concentra sulla produzione, la sintesi e l'uso dei dati nell'assistenza al paziente. Pratica basata sui fatti, significa usare coscientemente le conoscenze o i fatti disponibili per prendere le decisioni giuste nella cura del singolo paziente, di gruppi di pazienti o di un'intera popolazione. [...] significa che gli infermieri svolgono ricerche, studiano e valutano i problemi infermieristici, sviluppano e usano un linguaggio standardizzato per descrivere i problemi, gli interventi e i risultati importanti per loro stessi"⁵⁷.

La pratica basata sull'evidenza, sostenuta cioè da ricerche, dati, esperienze affrontati e diffusi da altri professionisti, se utilizzati e applicati con raziocinio a casi analoghi - ma ricordiamoci che nessun caso è simile a un altro quanto meno per la componente psicologica-sociale-culturale - unitamente ai suggerimenti forniti dai modelli presentati nel corso del capitolo, crediamo siano il necessario complemento all'agire professionale dell'infermiere nella sanità del terzo millennio.

⁵⁷ Hellevisk M.S., in *L'evidenza scientifica nell'assistenza infermieristica verso il terzo millennio*, atti convegno Verso una nuova dimensione culturale infermieristica - Eurosalute 2000 - Fiera Milano - 13 ottobre 2000, Supplemento a Io Infermiere anno 3 n. 4/2000, IPASVI Milano-Lodi

4 - I DIRITTI E I DOVERI DEL MALATO

Nel nostro Paese la tutela della salute dell'individuo è garantita dalle seguenti disposizioni:

▲ **dall'articolo 32 della Costituzione** che, testualmente, recita:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

▲ **dall'articolo 5 del Codice Civile (atti di disposizione del proprio corpo)** che, testualmente recita:

Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico e al buon costume.

▲ **dall'articolo 54 del Codice Penale (stato di necessità)** che, testualmente recita:

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.

La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dalla altrui minaccia; ma in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

Definiti gli ambiti di tutela della salute in Italia, vale ora la pena di definire il concetto di salute così come scaturito da documenti internazionali nel corso del ventesimo secolo.

4.a - Il concetto di salute

La più autorevole ed esauriente definizione di salute rimane, ancor oggi, quella proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948, due anni dopo la costituzione di questo organismo:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o di infermità.

"Nonostante le critiche di idealismo e di impraticabilità operativa (questa definizione) conchiude in poche parole il valore di una scelta di salute politicamente e socialmente progressiva, aprendo anche la medicina a un importantissimo avanzamento scientifico, il passaggio cioè da una medicina clinica e curativa, ormai incapace di rispondere pienamente alla pressante domanda sociale di salute, a una medicina davvero orientata alla prevenzione"⁵⁸.

L'individuo non viene più, quindi, considerato sano solo se esente da malattie ma è considerato sano anche in presenza, per esempio, di una menomazione purché egli si senta in uno stato di benessere completo.

La cessata identificazione dello stato di **non** salute con una malattia clinicamente e patologicamente diagnosticata, porta a un progressivo cambiamento del rapporto medico-paziente: non più la dipendenza dell'individuo dall'azione del medico ma l'inizio della presa di coscienza dei propri bisogni di salute e della capacità di autodeterminazione dell'individuo o del gruppo o della comunità per il soddisfacimento degli stessi bisogni.

La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria tenutasi nel 1978 ad Alma Ata, URSS, ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un **diritto** umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del

⁵⁸ Pellai A., Marzorati P., *Educazione alla salute*, Fanco Angeli Ed.

maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario.

La 1^a Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute tenutasi a Ottawa, Ontario, Canada, nel 1986, afferma che la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

La Conferenza è fermamente convinta che la "Salute per Tutti entro l'anno 2000" comincerà a diventare una realtà se le persone di ogni ceto sociale, le organizzazioni non governative e di volontariato, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e tutti gli altri organismi coinvolti uniranno le loro forze per introdurre strategie che promuovono la salute in linea con i valori morali e sociali che stanno alla base della "Carta di Ottawa" rilasciata da questa assise.

Sono seguite varie altre Conferenze Internazionali (Adelaide, Australia, 1988; Sundsvall, Svezia, 1991; Budapest, Ungheria, 1991; Jakarta, Indonesia, 1997) che, ribadendo il concetto di salute dell'OMS, hanno di volta in volta suggerito le strategie per la promozione della salute agendo sui determinanti della salute (Jakarta, 1997) quali: la pace, una casa, l'istruzione, la sicurezza sociale, le relazioni sociali, il cibo, un reddito, l'attribuzione di maggiori poteri alle donne, un ecosistema stabile, un uso sostenibile delle risorse, la giustizia sociale, il rispetto dei diritti umani, l'equità.

Sempre a Jakarta è stato sottolineato che la più grave minaccia per la salute è soprattutto la povertà ma del pari importanti, intesi come minaccia alla salute, nei Paesi industrializzati, sono stati definiti comportamenti e stili di vita scorretti e pericolosi (quali a esempio: sedentarietà, fumo, eccesso di alcool, uso di droga, ecc.)

e demografici (quali: invecchiamento della popolazione, urbanizzazione, patologie croniche, ecc.).

Volendo sintetizzare, quindi, si può affermare che la salute dipende in larga misura dall'istruzione, dal nutrimento, dal lavoro, dall'ambiente, dal sistema di relazioni familiari e sociali, dalle leggi, dal grado di equità e solidarietà che caratterizza ogni formazione sociale.

È dello storico Arnold Toynbee⁵⁹ l'affermazione che "il XX secolo verrà ricordato prevalentemente non come un'epoca di conflitti politici e di invenzioni tecniche, ma come l'epoca nella quale la società umana ha osato pensare alla salute dell'intera specie umana come a un obiettivo pratico"⁶⁰.

È forse per tutti i motivi sopra enunciati e anche per il crescente bisogno del mondo occidentale di vedere sconfitta la Malattia, il Dolore, e anche ogni minimo disagio, nell'illusione della eterna giovinezza e immortalità, che la domanda di salute è sempre più pressante e richiede una risposta sempre più rapida (fanno testo in tal senso gli affollamenti dei Pronto Soccorso anche per le non urgenze). Se da un lato questa evoluzione porta a una legittima richiesta di informazione da parte dell'utente, dall'altro la maggior consapevolezza dei diritti conduce a una incapacità di accettazione da parte dell'utente dell'ineluttabilità dei fatti che non sempre corrispondono a malasanità.

4.b - Il nuovo paziente

Preso atto che il concetto di salute si è progressivamente evoluto negli anni, così che, per il paziente potenziale o reale, il modello di riferimento attuale della salute non è più quello di una condizione intesa come pura assenza di malattia, bensì quello di mantenimento di uno stato di equilibrio e benessere psicofisico, assenza di stress, corretta alimentazione e quant'altro utile e necessario, si deve ora comprendere qual è e come può essere il paziente "ideale", quello cioè che in modo consapevole

⁵⁹ Toynbee Arnold Joseph (1889-1975), storico britannico, conosciuto per la sua concezione del passato come una successione di civiltà piuttosto che di entità politiche

⁶⁰ EURISPES - *Rapporto Italia 1998*, Cap. VI, Salute/Malattia

partecipa al mantenimento del suo stato di salute.

Il paziente ideale non è quello che tace

Tra le tante doti del signor Oscar Luigi Scalfaro, presidente della Repubblica Italiana, c'è anche quella di essere un paziente ideale. A sostenerlo non è l'amorevole figlia Marianna, preoccupata per le sorti del noto genitore, ma Ottavio Alfieri, uno dei più conosciuti e bravi cardiocirurghi italiani, che ebbe in cura il non ancora presidente della Repubblica sei anni fa e a cui fece una coronarografia. Fin qui nulla di strano né meritevole di attenzione. La chicca che ha fatto scattare il desiderio inarrestabile di mettere nero su bianco queste righe la si trova nella risposta del cardiocirurgo a una domanda postagli da una giornalista del Corriere della Sera (lunedì 16 marzo, pagina 3, articolo al piede). "Che tipo di paziente è Oscar Luigi Scalfaro?". "E' un paziente ideale. Si lascia fare quello che il medico ritiene più opportuno, si fida, si abbandona completamente. Non fa troppe domande perché sa di non sapere nulla di medicina".

Avrà detto veramente queste parole l'intervistato? Non si vede perché dubitarne. Ecco allora che d'improvviso uno dei più apprezzati esponenti della cardiocirurgia italiana, specialità di punta e ipertecnologica, ci ricorda che il buon medico è il buon padre di famiglia e il paziente ideale è colui che supino subisce le decisioni del proprio curante.

Fonte: Tempo Medico n. 591 dell'1 aprile 1998

Prosegue l'editoriale sostenendo "che Scalfaro non è per nulla un paziente ideale, ma l'esatto opposto. È in questo caso un esempio negativo per tutti quanti i cittadini italiani. Un malato disinformato è infatti un malato pronò ai voleri del medico, che non sa discernere tra ciò che gli viene fatto, che viene esautorato dei suoi diritti più elementari. È come se indossando un pigiama in una corsia di ospedale ci si spogliasse anche del diritto di decidere quanto viene eseguito sulla o per la propria persona"⁶¹.

È possibile stabilire che il paziente ideale è quello disinformato perché non pone domande, subisce le decisioni dell'operatore sanitario, non le discute?! No, questo non è oggi ammissibile. Questo tipo di paziente può essere definito "comodo", tranquillo, rassegnato, un paziente che probabilmente non si accorgerà nemmeno dei casi di "malpractice" o di negligenza: non è però un paziente che fa

⁶¹ Dri P., *Il paziente ideale non è quello che tace*, Tempo Medico, n. 591, 1 aprile 1998

crescere professionalmente gli operatori sanitari che si occupano della sua salute.

Il paziente "partner" ed esperto

Il paziente esperto è quello che assume la responsabilità giorno per giorno per le decisioni che riguardano la sua salute, e che opera con chi fornisce le cure come collaboratore e "partner", per ottimizzare i risultati.

Fonte: Il Sole 24 Ore, 26 aprile 2002

È questo il nuovo paziente che il Servizio Sanitario inglese (NHS) si propone di formare con il programma "The Expert Patient" lanciato per gli anni 2001-2004 per i soggetti affetti da malattie croniche⁶².

Sembra ovvio che per ricoprire il ruolo di "esperto" il paziente abbia bisogno anche del supporto attivo del medico che lo aiuterà a rafforzare l'autofiducia e l'autodeterminazione per realizzare obiettivi a breve termine e sviluppare nuove capacità ma non è scontato che il medico sia disposto ad aiutare il paziente abdicando al suo ruolo di tutore della salute. "Malati sempre più informati aiutano i medici a migliorare la qualità delle cure"⁶³: aiutano anche, forse, a comprendere e accettare che la malattia è, da sempre, una componente che accompagna il percorso di ogni essere vivente e che la morte è evento che fa parte della vita.

Compito degli operatori sanitari e del paziente ideale è affrontare consapevolmente, insieme, l'evento riducendo al minimo i disagi e le inutili sofferenze.

4.c - I quattordici diritti dei cittadini in campo sanitario

Un librettino rosso, pubblicato a cura del Tribunale per i diritti del malato, riassume in trenta pagine ciò che i cittadini dovrebbero sempre sapere prima di utilizzare i servizi sanitari⁶⁴. Può essere considerato uno strumento, tra i vari prodotti

⁶² NHS, *The Expert Patient: a New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*

⁶³ Mueller E.E., *Il Nuovo Paziente, partner ed esperto*, Il Sole 24 Ore, venerdì 26 aprile 2002

⁶⁴ *Medicus Medicorum* (P. Cornaglia-Ferraris), *Pigiame e camici*, Editori Laterza, Prima Ed. 2000

da un po' di anni a questa parte, per raggiungere quella autonomia e consapevolezza per costruire un rapporto efficace e costruttivo con il mondo sanitario.

Questi diritti sono stati proclamati di fronte a cittadini e autorità in occasione della XV Giornata Nazionale dei diritti del malato, il 15 Giugno 1995, e inseriti in un Protocollo Nazionale sul servizio sanitario. Questo Protocollo, raccogliendo il patrimonio delle oltre 90 carte dei diritti proclamate a partire dal 1980 dal Tribunale per i diritti del malato, indica garanzie per i cittadini e linee guida per i manager e professionisti nella fase di rapida trasformazione che la sanità sta vivendo e comporta nuove opportunità ma anche nuovi, seri rischi per i diritti degli utenti⁶⁵.

Salute Sanità e i miei Diritti

1 . Diritto al tempo - Ogni cittadino ha diritto a veder rispettato il suo tempo al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari.

2 . Diritto all'informazione e alla documentazione sanitaria - Ogni cittadino ha diritto a ricevere tutte le informazioni e le documentazioni di cui necessita, nonché a entrare in possesso di tutti gli atti utili a certificare in un modo completo la sua condizione di salute.

3 . Diritto alla sicurezza - Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la sua salute ha diritto a ottenere le prestazioni necessarie alla sua condizione e ha altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi.

4 . Diritto alla protezione - Il Servizio Sanitario ha il dovere di proteggere in maniera particolare ogni essere umano che, a causa del suo stato di salute, si trovi in una condizione momentanea o permanente di debolezza, non facendogli mancare per nessun motivo e in alcun momento l'assistenza di cui ha bisogno.

5 . Diritto alla certezza - Ogni cittadino ha il diritto ad avere dal Servizio Sanitario la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio a prescindere dal soggetto erogatore e a non essere vittima degli effetti di conflitti professionali ed organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, della discrezionalità nella interpretazione delle leggi e delle circolari, di differenze di trattamento a seconda della collocazione geografica.

6 . Diritto alla fiducia - Ogni cittadino ha diritto a vedersi trattato come un soggetto degno di fiducia e non come un possibile evasore o un sospetto bugiardo.

7 . Diritto alla qualità - Ogni cittadino ha diritto di trovare nei servizi sanitari operatori e strutture orientati verso un unico obiettivo: farlo guarire e migliorare comunque il suo stato di salute.

8 . Diritto alla differenza - Ognuno ha diritto a vedere riconosciuta la sua specificità derivante dall'età, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura e dalla religione e a ricevere di conseguenza trattamenti differenziali a seconda delle diverse esigenze.

segue

⁶⁵ I Quattordici Diritti dei Cittadini in campo Sanitario, stampato a cura dell'Associazione Lombarda Titolari di Farmacia per il Tribunale per i diritti del malato della Lombardia

9 . Diritto alla normalità - Ogni cittadino ha diritto a curarsi senza alterare, oltre il necessario, le sue abitudini di vita.

10 . Diritto di famiglia - Ogni famiglia che si trova ad assistere un suo componente ha diritto di ricevere dal Servizio Sanitario il sostegno materiale necessario.

11 . Diritto di decisione - Il cittadino ha diritto, sulla base delle informazioni in suo possesso e fatte salve le prerogative dei medici, a mantenere una propria sfera di decisionalità e di responsabilità in merito alla propria salute e alla propria vita.

12 . Diritto al volontariato, all'assistenza da parte dei soggetti non profit e alla partecipazione - Ogni cittadino ha diritto a un Servizio Sanitario, sia esso erogato da soggetti pubblici che da soggetti privati, nel quale sia favorita la presenza del volontariato e delle attività non profit e sia garantita la partecipazione degli utenti.

13 . Diritto al futuro - Ogni cittadino, anche se condannato dalla malattia, ha diritto a trascorrere l'ultimo periodo della sua vita conservando la sua dignità, soffrendo il meno possibile e ricevendo attenzione e assistenza.

14 . Diritto alla riparazione dei torti - Ogni cittadino ha diritto, di fronte a una violazione subita, alla riparazione del torto ricevuto in tempi brevi e in misura congrua.

Fonte: Tribunale per i diritti del Malato della Lombardia

Sempre a proposito di diritti dei malati e per sottolineare che il dibattito sul tema è ampio, si segnala che la Francia ha approvato il 4 marzo 2002 la legge che salvaguarda appunto i malati cercando di rispondere ai loro bisogni e tendente a riequilibrare il rapporto medico-paziente e a modernizzare il sistema sanitario francese.

Nella prima parte di questa legge vengono affermati i diritti della persona. Vengono garantiti il diritto al mantenimento della salute, il diritto a una morte dignitosa, il principio della non discriminazione in base a caratteristiche genetiche, il rispetto della dignità e della vita privata, il diritto alla "privacy".

La legge prevede, inoltre, il risarcimento dei danni sofferti in seguito a errore medico, dei danni iatrogeni, o danni da infezioni nosocomiali; la responsabilità di tutti questi danni non ricade, quindi, solo sull'operatore sanitario ma anche sul servizio pubblico.

È previsto il regolamento in via amichevole dei danni sofferti prima di adire le vie legali. Parallelamente, la legge impone l'assicurazione per responsabilità civile a tutti gli operatori sanitari professionisti, a tutti le entità che si occupano di assistenza sanitaria⁶⁶.

⁶⁶ AS, EB, *myoline*, bulletin d'information medicale sur les maladies neuromusculaires, N. 61, Juin/Juillet 2002

4.d - La "Carta della professionalità medica"

Articolata in un Preambolo, tre Principi fondamentali e dieci Responsabilità, la "Carta della professionalità medica" - che esorta i medici a riscoprire il ruolo originario di "guaritori", ma anche a scendere in campo per recuperare la relazione di fiducia tra medico e paziente - si apre con questa premessa: "La professionalità è la base del contratto tra medicina e società. Esso impegna il medico ad anteporre ai suoi gli interessi dei pazienti", ma anche a "fissare e mantenere standard di competenza e integrità" e infine a "offrire alla società consulenza esperta su questioni di salute". Un contratto, quello proposto tra medicina e società, che ha come requisito essenziale "la fiducia del pubblico nei medici", la quale "dipende dall'integrità dei singoli individui e dell'intera categoria"⁶⁷.

I tre Principi racchiudono il messaggio essenziale della "Carta" e prevedono (1) la centralità del benessere dei pazienti che si basa sull'impegno a operare nell'interesse del paziente. Questo Principio non deve essere compromesso da forze di mercato, pressioni sociali, esigenze amministrative; (2) l'autonomia dei pazienti, mai considerata prima d'ora, che va rispettata fornendo ai pazienti "in completa onestà, le conoscenze necessarie per poter prendere decisioni informate riguardo al trattamento"; (3) la giustizia sociale da promuoversi all'interno del sistema sanitario. "I medici - recita il documento - dovrebbero impegnarsi attivamente affinché in ambito sanitario venga eliminata qualsiasi forma di discriminazione, sia essa basata su razza, genere, condizione socioeconomica, religione, o qualsiasi altra categoria sociale".

I dieci Impegni (decalogo) prevedono al primo punto la competenza professionale esortando i medici a tenersi costantemente aggiornati per offrire un'assistenza di qualità; a impegnarsi per migliorare la qualità e l'accesso alle cure; a promuovere la ricerca per creare nuove conoscenze assicurandone un utilizzo appropriato; a instaurare un rapporto fiduciario con il paziente impegnandosi all'onestà e alla riservatezza; a eliminare i conflitti di interesse; a partecipare al processo di autoregolamentazione trovando rimedi e adottando azioni disciplinari nei

⁶⁷ Sperandio S., *Dottore questi sono i tuoi nuovi doveri*, Corriere Salute, 24 marzo 2002

confronti di coloro che non raggiungono gli standard professionali.

4.e - Il nuovo ruolo dell'infermiere

Se in precedenza si è scritto della rivoluzionaria "Carta della professionalità medica" come di un contratto tra medicina e società per recuperare la fiducia del pubblico, si deve ora analizzare il nuovo ruolo che gli infermieri ricoprono come professionisti della salute non più subalterni alla figura del medico (facevano parte dei cosiddetti "paramedici").

È bene ricordare che il "percorso di valorizzazione e responsabilizzazione della professione, avviato con la formazione in università nel 1991, è proseguito nel 1994 con l'emanazione del profilo professionale (D.M. 14.09.1994, n. 739) e ha trovato un suo primo traguardo con l'emanazione della Legge 26.02.1999, n. 42 che ha abrogato il mansionario (istituito dal D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225) e soppresso la denominazione 'professione sanitaria ausiliaria' riconoscendo oggi la professione infermieristica una 'professione sanitaria' a tutto tondo.

Con l'istituzione dei nuovi titoli universitari di primo livello denominati 'Laurea' (L) e di secondo livello denominati 'Laurea Specialistica' (L.S.) derivanti dalla riforma dell'autonomia D.M. 509/99, la Legge 251/2000 che prevede la dirigenza infermieristica e in ultimo con la circolare n. 6350/4.7 del 27 dicembre 2000 che chiarisce il valore dei nuovi titoli e che consentirà con la laurea triennale l'accesso anche alla dirigenza, finalmente potrà dirsi concluso il travagliato iter legislativo che eleva l'infermiere italiano agli standard dei colleghi europei.

Si è quindi passati da infermiere 'paramedico' all'infermiere 'professionista' che richiede alle istituzioni maggiore partecipazione e maggiore controllo su tutti i processi che regolano il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Gli infermieri vogliono essere protagonisti dinamici di una 'nuova sanità', una sanità che faccia proprio il concetto di integrazione tra ospedale e territorio, una sanità che coniughi i principi dell'organizzazione con la responsabilità del processo assistenziale, in armonia con i progetti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'obiettivo di

incrementare i livelli di assistenza coinvolgendo e motivando il personale"⁶⁸. Un ruolo, quindi, quello dell'attuale infermiere, di professionista che agisce in piena autonomia, collaborando con gli altri operatori sanitari al mantenimento dello stato di salute della popolazione.

Il **profilo professionale dell'infermiere**, secondo il D.M. 14.9.1994, n. 739, è così individuato: "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è **responsabile** dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa [...]".

Così come i medici, anche gli infermieri possiedono un codice deontologico: esso rappresenta una guida per "l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. È uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere" (punto 1.4).

Ma la tanto attesa autonomia professionale, la fine della posizione subalterna alla figura del medico, la conquistata capacità decisionale, comportano una maggiore responsabilità nei confronti degli assistiti: una garanzia in più per questi ultimi, uno stimolo ulteriore ai professionisti per aumentare le proprie conoscenze e abilità, ma anche motivo, a volte, di tensione, disagio, apprensione, incertezze. L'errore, si sa, è sempre in agguato.

Considerazioni

La salute, nella sua accezione di stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, è oramai, per i Paesi industrializzati, un diritto irrinunciabile per il quale non si è disposti ad accettare limitazioni.

Cresce la domanda di salute del cittadino e cresce la richiesta di risarcimento per danni sofferti a causa di errori, negligenze, inadempienze dei professionisti della salute.

⁶⁸ Mutillo G., *News*, Collegio IPASVI Milano-Lodi, 18 gennaio 2001

È, in questo contesto, estremamente importante stabilire un rapporto fiduciario tra il malato e gli operatori sanitari incaricati della sua cura e della sua assistenza.

È importante, inoltre, che il paziente venga informato in modo chiaro e puntuale e che sia coinvolto nel mantenimento del suo stato di salute.

A fronte però di elencazione di diritti del malato poco si è trovato circa i doveri del malato. Perché se da una parte è legittima la rivendicazione del diritto alla salute, dall'altra esistono dei doveri verso chi questi diritti è tenuto a soddisfarli ed esiste anche il dovere del cittadino al mantenimento del suo stato di salute evitando comportamenti dannosi per la sua integrità fisica (abuso di alcol, consumo di droghe, fumo, per fare alcuni esempi).

Si è trovata una "Carta dei Diritti e dei Doveri degli Utenti" redatta dalla Azienda Sanitaria Locale 10 di Firenze⁶⁹ che a fronte di 28 articoli relativi a diritti degli utenti elenca, a conclusione, all'articolo 29, una serie di doveri a carico degli utenti.

Tra questi citiamo il dovere di rispettare gli altri utenti e il personale; di rispettare gli ambienti e l'arredamento della struttura; di evitare l'affollamento di parenti e amici e rispettare gli orari di visita; di informare per tempo della rinuncia a cure e prestazioni programmate onde evitare sprechi; di rispettare gli orari delle visite, esami, ecc.; di ritirare gli esiti in tempo congruo; di non fumare nei locali destinati ad attività sanitarie.

Più che doveri sembrano, per chi scrive, regole di buon comportamento di società che si ritengono civilizzate.

⁶⁹ ASL 10 - Firenze, *Carta dei Diritti e dei Doveri degli Utenti*, E-Book - ed. apicella.com, Firenze (I) 2000

5 - LA SANITA' DEL TERZO MILLENNIO

"Questa Sanità è da rifare' - I principi etici non si toccano. I diritti costituzionali devono essere garantiti. L'assistenza deve essere uniforme in ogni Regione. Ma chi pagherà? E se arrivano i Privati? - Dice basta alle liste d'attesa. Si scaglia contro la gestione politica degli ospedali e lancia l'idea delle fondazioni sul modello del San Raffaele di Milano. E ancora: più efficienza e bando alla sciatteria nelle corsie. Girolamo Sirchia, 69 anni, ematologo, primario del Policlinico di Milano, Ministro della Salute, vuole cambiare 'radicalmente la sanità' e ha già un piano, che per ora rimane solo sulla carta"⁷⁰.

Anche l'attuale Ministro della Salute concorda, quindi, sul fatto che la Sanità italiana - ma anche quella di altri Paesi occidentali come già visto in precedenza - abbia bisogno di adeguarsi alle nuove e più pressanti richieste della popolazione. Che poi gli obiettivi del Ministro siano più rivolti al fattore economico e organizzativo per cercare di sanare l'incolmabile "buco" finanziario non è di per sé elemento negativo: se i tagli riguardano gli sprechi, quelli veri, per investire risorse nel potenziamento e adeguamento delle strutture, nella formazione e nell'aggiornamento del personale, nella qualità dei servizi, nel garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini in modo equo e solidale, ben vengano le politiche di contenimento della spesa.

D'altro canto è oramai un dato di fatto che la spesa sanitaria è, per i Paesi industrializzati, in continua crescita. Le cause sono ben note: la più lunga aspettativa di vita della popolazione con il conseguente aumento del numero di anziani e delle malattie croniche e degenerative che spesso accompagnano l'età avanzata; lo sviluppo della tecnologia e della ricerca che offre speranze di vita a persone che un tempo non sarebbero sopravvissute (pensiamo alla dialisi, ai trapianti, ecc.); la maggior richiesta di salute e di assistenza adeguata e competente da parte di una popolazione più acculturata, informata e consapevole dei propri diritti; a volte anche la incapacità delle persone, malati e operatori sanitari, di ammettere i propri limiti e quelli della medicina. La medicina non è onnipotente, dopotutto, e la vita deve

⁷⁰ Altamore G., *Questa sanità è da rifare*, Famiglia Cristiana, n. 17, 28 aprile 2002

necessariamente seguire il suo corso!

"Curare è un impegno globale, dalle numerose sfaccettature, con tante implicazioni; è un'operazione che si svolge a 360 gradi e in cui l'attenzione al risvolto economico così come alla gratificazione dell'utente/cliente e di se stessi non sono immediati e a portata di mano. Aspettative e richieste proprie e altrui non sono sempre giustificate né possono sempre trovare soddisfazione. L'equilibrio sta nel conciliare ciò che si può fare con ciò che si deve fare e con ciò che si ritiene giusto fare, rispettando e armonizzando le leggi dello stato e le leggi morali con i bisogni propri e altrui"⁷¹. Opinione, questa, da condividere totalmente e integralmente.

"Gli interessi degli assistiti. C'erano ministri (e non solo) che come funghi facevano spuntare autostrade a uso e consumo di propri elettori. Altri che 'piazavano' decine di migliaia di postini, spesso senza lettere da consegnare. Altri ancora che assicuravano a mani basse pensioni di invalidità anche ai palestrati dell'epoca.

Come potevano mancare - in anni che furono, ma neppure tanto remoti - boss locali e nazionali che, solerti custodi della 'salute a tutti', benedicevano tagli di nastro per centinaia di ospedali? Ospedali che proliferavano e posti letto a più non posso, accontentando le piazze dei mille campanili d'Italia l'uno contro l'altro armati. E che assicuravano ricche prebende a misteriosi primari e posti di lavoro (locali) magari senza niente avere da lavorare. Luogo di potere, l'ospedale, altro che luogo per 'fare salute'. Territorio ideale di clientele fameliche che per decenni vi hanno scorrazzato indisturbate, con tutti quei denari (pubblici) che affluivano senza controllo alcuno. Tanto poi, col pie' di lista, a pagare era sempre Pantalone. Cioè, il contribuente. È con questi conti del passato che ora ci si deve misurare. Un'eredità scomoda, come stanno scoprendo anche i Governatori. Ma che a questo punto va affrontata di petto. Gettando la maschera e azzerando gli interessi particolari. Pensando davvero, e soltanto, alla salute di tutti. Altrimenti a perdere - lo ricordino i paladini dell'universalità dell'assistenza - sarà solo la Sanità pubblica. Che è dei contribuenti e degli assistiti. E non di chi lavora (spesso neanche troppo)"⁷². Opinione con spunti

⁷¹ Scaffiddi G., Il punto di vista del medico, in *Infermieri Professionali e azienda: qualità, efficienza, efficacia, umanità*, IPASVI, Collana Arcobaleno, 5

⁷² R.Tu., *Gli interessi degli assistiti*, Il Sole-24 Ore, lunedì 2 settembre 2002, pagina 9

interessanti sulla quale si potrebbe discutere ampiamente ma indicativa, comunque, di come la via della razionalizzazione della sanità sia tutta in salita.

Sull'evoluzione della medicina dal punto di vista etico piuttosto che economico, ci sembra interessante riportare la curiosa interpretazione proposta dal Prof. Sandro Spinsanti, Roma, psicologo e teologo.

Stagioni dell'etica in medicina⁷³

	Epoca pre-moderna Etica medica	Epoca moderna Bioetica	Epoca post-moderna Etica della organizzazione
La buona medicina	"Quale trattamento porta maggior beneficio al paziente?"	"Quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nella autonomia delle sue scelte?"	"Quale trattamento ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente/cliente soddisfatto?"
L'ideale medico	Paternalismo benevolo (Scienza e Coscienza)	Autorità democraticamente condivisa	Leadership morale, scientifica, organizzativa
Il buon paziente	Obbediente (compliance)	Partecipante (consenso informato)	Cliente giustamente soddisfatto e consolidato
Il buon rapporto	Alleanza terapeutica (il dottore con il suo paziente)	Partnership (professionista-utente)	Stewardship (fornitore di servizi-cliente) Contratto di assistenza: Azienda/Popolazione
Il buon infermiere	"Paramedico"; esecutore decisioni mediche; supporto emotivo del pz	Facilitatore della comunicazione, a beneficio di un paziente autonomo	Manager responsabile della qualità dei servizi forniti
Fonte: Spinsanti S., <i>Management per la nuova sanità</i>			

A parere di chi scrive sembra che le riflessioni della colonna "Epoca post-moderna, Etica della organizzazione" della tabella sopra riportata sintetizzino in modo attuale e puntuale l'evoluzione della funzione della medicina e l'evoluzione nel tempo delle figure del paziente, del medico e dell'infermiere.

C'è solo da sperare che alla "etica della organizzazione" si affianchi, nel

⁷³ Spinsanti S., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, Napoli 1997

nuovo millennio, anche l'etica "della cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo" così come si legge al punto 1.3 del Codice Deontologico degli Infermieri.

5.a - L'assistenza sanitaria di qualità

La sanità del terzo millennio non può che essere una sanità che punta anche alla qualità dei servizi resi. A sostegno di questa affermazione, sembra ancora attuale riportare le motivazioni addotte nel testo "Curare la qualità"⁷⁴.

"I motivi per cui vale la pena di intraprendere le attività di miglioramento della qualità possono essere riassunti in cinque grandi categorie: motivi di ordine etico, di sicurezza, di ordine economico, di rispetto degli assistiti e di ordine normativo.

Motivi di ordine etico - L'obbligo di assicurare adeguati servizi sanitari alla popolazione rappresenta un valore universalmente riconosciuto in quanto risponde a tre dei principi basilari su cui si fondano gli Stati moderni: (1) il principio di difesa della vita umana; (2) il principio di eguaglianza delle persone; (3) il principio di solidarietà tra i membri della società.

Coloro che hanno la responsabilità di erogare i servizi sanitari hanno, quindi, anche il dovere di ordine etico di accertarsi che essi siano effettivamente disponibili per tutti coloro che ne hanno bisogno e che siano di buona qualità.

Assolvere con diligenza tale compito è molto importante, anche perché la maggior parte delle persone non è nelle condizioni di poter valutare con competenza e obiettività la qualità delle cure che riceve.

L'assistito, infatti, si trova in posizione di debolezza rispetto a chi offre le prestazioni, sia per lo stato di apprensione dovuto alla malattia di cui soffre, sia perché non dispone di adeguate conoscenze scientifiche e tecniche per giudicare ciò che gli viene proposto di fare. [...]

⁷⁴ Bonaldo A., Focarile F., Torreggiani A., *Curare la qualità*, Guerini Associati, 1994, pagg. 36 e segg.

Motivi di sicurezza - *Primum non nocere* è l'imperativo etico delle professioni sanitarie. Ma il problema della sicurezza deve coinvolgere non solo il medico che prescrive un certo trattamento ma anche le autorità che promuovono le politiche sanitarie e autorizzano l'impiego delle nuove tecnologie. Di fatto, in ogni Paese sono state promulgate varie leggi che regolamentano l'accesso alle professioni sanitarie e la loro pratica.

La laurea o il diploma scolastico, l'iscrizione agli ordini o ai collegi professionali, i permessi e le autorizzazioni sanitarie di varia natura, l'omologazione delle apparecchiature biomediche, possono essere considerati come livelli minimi di qualità introdotti allo scopo di preservare la sicurezza dei pazienti. Molto rimane ancora da fare in questo settore, mentre la segnalazione degli effetti iatrogeni delle cure si moltiplicano.

Considerato che si tratta della vita delle persone, errori professionali, abusi di tecnologie o carenze strutturali potrebbero avere conseguenze disastrose sui pazienti. Tra i principali obiettivi delle attività di valutazione della qualità annoveriamo, quindi, quelli di garantire la sicurezza delle persone, proteggerle da forme di assistenza non appropriate o addirittura dannose ed evitare loro di correre rischi inutili a causa dell'impiego di tecnologie sanitarie non ancora sufficientemente studiate.

Motivi di ordine economico - La crescente domanda di prestazioni sanitarie, insieme alla diffusa consapevolezza che le risorse disponibili non siano sufficienti a soddisfare tutte le richieste dei pazienti, hanno reso di grande attualità le questioni legate alla produttività del sistema sanitario, a cui nessun medico può dichiararsi estraneo.

Sotto la spinta dei vincoli economici e della crescente divaricazione tra domanda e offerta di servizi, infatti, le questioni legate al contenimento dei costi in sanità sono destinate a uscire dalla ristretta sfera di interesse degli economisti e a influire sempre più pesantemente sull'esercizio della pratica clinica quotidiana. [...] Aumentare la produttività del sistema sanitario significa in primo luogo accertarsi che i servizi rispondano ai requisiti di qualità legati all'efficacia e all'efficienza, allo scopo di non disperdere preziose risorse, privando i cittadini di servizi sanitari

essenziali. Verificare l'**efficacia** vuol dire garantire a spese della comunità solo le prestazioni la cui utilità si fondi su solide conoscenze scientifiche. [...] Verificare l'**efficienza** vuol dire, invece, accertarsi che un determinato servizio sia effettuato al minor costo possibile, in modo che a parità di risorse disponibili possano essere serviti un maggior numero di pazienti. Per esempio, la riduzione della degenza ospedaliera fa sì che più pazienti possano essere ricoverati con lo stesso numero di letti.

Motivo di rispetto per gli assistiti - La diffusa insoddisfazione dei cittadini riguardo ai servizi sanitari, ingigantita dalle cronache dei giornali su casi veri o presunti di negligenza, imperizia, disorganizzazione, disonestà e mal funzionamento che si verificano nel processo di erogazione delle cure, induce quanti hanno responsabilità decisionali nel sistema sanitario a verificare le ragioni del malcontento e a ricercare i motivi che concorrono alla formulazione di un giudizio spesso volte così negativo. [...]

Motivi di ordine normativo - A partire dagli anni settanta molti Paesi hanno definito a livello nazionale norme specifiche per la misurazione e la promozione sistematica della qualità dell'assistenza sanitaria, sia per quanto riguarda la pratica clinica che a livello di gestione dei servizi sanitari.

L'introduzione di meccanismi efficaci per il controllo della qualità delle cure rappresenta anche uno degli obiettivi a sostegno della strategia regionale europea del programma 'Salute per tutti nell'anno 2000', promosso dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Durante questi ultimi anni, in Italia, soprattutto per iniziativa della Società Italiana per la Verifica e la Revisione della Qualità delle Cure, si è registrato un progressivo interesse del Governo e del Parlamento sul problema del controllo della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Infatti, negli accordi nazionali di lavoro del personale del SSN e nel recente decreto legislativo di riordino del sistema sanitario sono state introdotte alcune disposizioni normative con l'obiettivo di diffondere e sostenere in tutto il Paese le iniziative di promozione e di valutazione della qualità dei servizi sanitari [...].

Ma qual è la definizione che maggiormente spiega, delinea, il concetto di **qualità**?

Il dizionario Garzanti della lingua italiana definisce la qualità come "qualsiasi caratteristica, proprietà o condizione di una persona o di una cosa che serva a determinarne la natura e a distinguerla dalle altre".

Ma il concetto di qualità è, di per sé, un concetto soggettivo, legato ai gusti personali, alle preferenze e legato, anche, all'influenza che la cultura, l'ambiente, la società, esercitano sull'individuo.

Volendo dare allora una definizione di "**assistenza di buona qualità**", si può affermare che essa può "variare rispetto a: problemi (acuti, cronici, occasionali, ricorrenti); situazioni (routine, urgenza, emergenza); attese (di efficienza, gentilezza, coinvolgimento o delega); destinatari (anziani, giovani, ricoverati o pazienti ambulatoriali, in ospedale o a domicilio); punti di vista (paziente, parente, infermiere, medico, amministratore).

L'iperefficienza e il tempismo che costituiscono un elemento di qualità in un pronto soccorso non sono indicatori di qualità in una lungodegenza. Qui devono prevalere i tempi di ascolto e di attenzione, perché sono diversi i pazienti e il contesto.

Le riunioni di reparto, in un contesto in cui c'è un buon clima di lavoro, sono un elemento di buona qualità perché consentono la discussione e la condivisione dei problemi. In un reparto in cui c'è un clima autoritario possono diventare un elemento di controllo e quindi non contribuiscono ad aumentare la qualità"⁷⁵.

Quanto sopra premesso e dovendo necessariamente "misurare" la qualità al fine di apportare miglioramenti, confrontare le varie realtà, adeguare le risorse alle richieste, soddisfare i bisogni e quant'altro del caso, "torna utile suddividere il concetto di qualità in alcuni elementi essenziali che ci aiutino a misurare, analizzare e giudicare la qualità, in modo da comprendere quali aspetti dell'assistenza non funzionano e stabilire come dovrebbero essere migliorati"⁷⁶.

⁷⁵ AA.VV., *Qualità, accreditamento, indicatori*, ROMA 1998: Federazione Nazionale Collegi IPASVI

⁷⁶ Bonaldo A., Focarile F., Torregiani A, opera citata

5.b - Le dimensioni della qualità⁷⁷

Efficacia attesa (efficacy): capacità potenziale di un certo intervento (probabilità) di modificare in modo favorevole le condizioni di salute delle persone a cui è rivolta, quando esso venga applicato in condizioni ottimali = migliore risultato possibile allo stato delle conoscenze mediche e delle tecnologie disponibili.

Domanda: vi sono prove certe che l'intervento migliori la salute?

Efficacia pratica (effectiveness): risultati ottenuti (espressi in termini di salute) dall'applicazione di routine dell'intervento, in un preciso contesto operativo = descrive il miglioramento ottenuto con le cure effettivamente erogate (il paziente non è guarito, ma le cure sono state ottime).

Domanda: i servizi migliorano davvero la salute della popolazione? (non basta fare le cose giuste, bisogna anche farle bene).

Competenza tecnica: livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili.

Domanda: le procedure e le tecnologie utilizzate sono adeguate?

Accettabilità: grado di apprezzamento del servizio ricevuto, da parte dell'utente.

Domanda: il paziente è al centro dei nostri interessi? Quale miglior giudice del paziente stesso?

Efficienza: capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor costo possibile. Sono più efficienti i servizi che a parità di risultati costano meno; a parità di risorse offrono i migliori risultati.

Adeguatezza-accessibilità: capacità di assicurare le cure appropriate a tutti coloro che ne hanno veramente bisogno, in modo che l'assistenza sanitaria risulti equamente distribuita fra tutta la popolazione servita.

Appropriatezza: grado di utilità della prestazione rispetto al problema clinico e allo stato delle conoscenze.

Domanda: i pazienti ricevono le cure di cui hanno veramente bisogno?

Se, però, da un lato sono definibili sulla carta i requisiti che deve possedere l'assistenza al fine di misurarne il grado di qualità, dall'altro si deve tenere conto delle variabili umane ed etiche che entrano in gioco in un rapporto tra individui: sono queste variabili che, secondo la scrivente, fanno la differenza.

A parità di capacità tecniche soddisfa maggiormente il paziente il professionista che è capace di instaurare un rapporto di fiducia, empatia e comprensione indispensabile per affrontare con consapevolezza e dignità anche gli eventi sfavorevoli. È senz'altro vincente la struttura che è in grado di offrire prestazioni che tengano conto sia del fattore umano che del fattore migliore qualità del servizio reso.

⁷⁷ Bonaldo A., Focarile F., Torregiani A., *opera citata*

È questo il punto di vista del Ministro della Salute il quale "rivolgendosi alla platea del VII congresso nazionale Fadoi (la federazione degli internisti) chiede più attenzione all'aspetto umano della professione: 'corriamo ai ripari per riconquistare i malati che altrimenti cercheranno altre cure. Il medico deve ritrovare un rapporto più umano e globale, offrendo anche il sostegno psicologico"⁷⁸.

A fronte di questa affermazione, un'altra appare interessante seppur indirizzata principalmente al fattore qualità del servizio "'Pagelle' degli ospedali on-line per permettere ai cittadini di scegliere la struttura migliore in cui farsi curare, 'scatole nere' come quelle degli aerei per scoprire se ci sono stati errori in sala operatoria e identificare i responsabili. La **Sanità del ventunesimo secolo** punta sulla qualità e sulla trasparenza, come dimostrano i progetti annunciati recentemente dal Ministro della Salute, Girolamo Sirchia"⁷⁹.

5.c - La Sanità che cambia

Trattando della Sanità del terzo millennio, vale forse la pena di esaminare brevemente come il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2002-2004 intende procedere nel tentativo di migliorare le prestazioni che verranno rese dal SSN nel periodo preso in considerazione.

Ovviamente va tenuto presente che un Piano Nazionale triennale è limitato in senso temporale, è influenzato dal contesto politico in cui viene elaborato, è condizionato dai fattori economici e sociali del momento. Rappresenta, però, ai nostri fini, un interessante strumento per capire come potrebbe essere la Sanità del futuro prossimo.

"Prima di tutto la qualità. Ridisegnando la rete ospedaliera e creando 'Centri di eccellenza' diffusi strategicamente anche per contrastare la concorrenza europea. Abbattendo le liste d'attesa e assestando un colpo finale alla burocrazia. Con studi dei medici di famiglia aperti per 12 ore al giorno dal lunedì alla domenica. E ancora con servizi e cure a domicilio per anziani, disabili e malati cronici e con assicurazioni

⁷⁸ De Bac M., *Sirchia ai medici: "Dovete essere più umani"*, Corriere della Sera, venerdì 24 maggio 2002

⁷⁹ Bannella C., *Interventi al cuore sotto monitoraggio*, Il Sole-24 Ore del lunedì, 29 aprile 2002, pag. 16

specifiche contro la non autosufficienza. Investendo forte sulla formazione di tutto il personale sanitario e sul rinnovo tecnologico e strutturale. Con antenne drizzate per favorire sani stili di vita. E usando i farmaci - per i quali presto cambierà il sistema dei prezzi tarato sulla media UE - con la massima cautela. Un sogno a occhi aperti? No: sono le linee strategiche del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 illustrato ieri (28.3.02) in Consiglio dei Ministri dal responsabile della Salute, Girolamo Sirchia.

Ed ecco il decalogo per avere un servizio nazionale migliore:

- 1. Livelli essenziali di assistenza (LEA):** nuovi indicatori di appropriatezza; trasparenza delle liste d'attesa.
- 2. Cronici, anziani, disabili:** rete integrata di servizi sanitari e sociali; ricorso al gestore privato; nuove risorse per la copertura dei rischi di non-autosufficienza.
- 3. Tecnologie biomediche:** servizi qualità modello ISO 9000; nuova normativa sull'accreditamento.
- 4. Potenziamento dei 'capitali' del SSN (Servizio Sanitario Nazionale):** attuare il programma ECM (Educazione Continua in Medicina); valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari; investire su centri di eccellenza collegati in rete; meno burocrazia e più libertà gestionale, anche finalizzata all'autofinanziamento, per le strutture pubbliche.
- 5. Formazione permanente:** graduale applicazione dell'obbligo formativo (10 crediti per il 2002, 20 per il 2003, 30 per il 2004) con la piena funzionalità del sistema a fine triennio; utilizzazione dei crediti per la conferma della validità dell'esame di abilitazione professionale e come titoli di carriera.
- 6. Rete ospedaliera:** creazione di centri di eccellenza da collegare in rete; attivazione di servizi di consulenza a distanza, compresa la telematica, per generalisti e specialisti; sviluppo di mezzi per il trasporto sanitario veloce; sperimentazione della trasformazione di alcuni IRCCS in Fondazioni.
- 7. Sistema d'emergenza:** meno accessi 'impropri' al pronto soccorso; creazione di ambulatori di continuità assistenziale, vicino ai PS, per le prestazioni differibili e proprie del territorio; apertura di studi medici di generalisti aperti 12 ore al giorno, 7 giorni su 7.
- 8. Ricerca biomedica e tecnologica:** semplificare le procedure di finanziamento; individuare fonti aggiuntive di finanziamento nel settore privato (fondazioni,

donazioni, industria, capitali di rischio); riqualificare gli IRCCS; creare nuove interazioni con la ricerca e i capitali privati.

9. Prevenzione, comunicazione: esperimento di comunicazione con tecniche di pubblicità sociale (pubblico-privato).

10. Farmaci: monitoraggio su spesa, appropriatezza, attuazione delle norme taglia spesa; attuazione del programma nazionale di farmacovigilanza; più informazioni per operatori e cittadini"⁸⁰.

Non sono naturalmente mancate le critiche soprattutto laddove il Piano non affronta la questione delle risorse finanziarie per l'attuazione del Piano stesso e dove da per scontata l'esistenza di capacità manageriali che sono invece tutte da dimostrare.

Rappresenta anche un pezzo di nuova sanità l'operazione "4 per mille" avviata dalle Regioni avente lo scopo di riorganizzare gli ospedali fino a raggiungere il rapporto di 4 letti ogni 1000 abitanti con una redistribuzione, non un taglio, della rete di ospedali. "Il cardine sono i poli di eccellenza, superspecializzati e dotati delle migliori tecnologie - ha insistito il Ministro a Varese, dove ha visitato il cantiere del nuovo ospedale Circolo -. I piccoli nosocomi verranno trasformati in presidi territoriali in collegamento con i centri maggiori. Avranno un ruolo diverso ma ugualmente importante e conserveranno dignità"⁸¹.

Gli ospedali senza dottori è un altro esempio di nuova sanità: "Piccole strutture 'di comunità', solo con infermieri che eseguono le indicazioni dei medici di famiglia. È il modello d'assistenza, meno costoso e meno 'estraneo', che può sostituire i ricoveri nei grandi centri di cura"⁸². Un modello a dire il vero non nuovo: è nato infatti in Emilia Romagna, a Premilcuore, Forlì, nel 1995 ed è stato poi "copiato" da altre località per cui sono attualmente 19 le esperienze in atto. "L'Ospedale di Comunità è una struttura prevalentemente piccola, di pochi posti letto, che si rivolge al malato anziano, spesso affetto da patologie che insorgono in età avanzata, con cure e tempi lunghi e necessità di un'assistenza costante: è una risposta ai bisogni di continuità assistenziale, di consulenza specialistica, oppure di assistenza

⁸⁰ Turno R., *Salute, prima di tutto la qualità*, Il Sole-24 Ore, venerdì 29 Marzo 2002

⁸¹ De Bac M., *Prima gli ospedali di eccellenza, poi i tagli*, Corriere della Sera, martedì 3 settembre 2002

⁸² Stucchi E., *Gli ospedali senza dottori*, Corriere Salute, 12 maggio 2002

infermieristica qualificata, di percorsi riabilitativi o di cure palliative". Un esempio, crediamo, di assistenza a misura di paziente e personalizzata.

5.d - Le nuove frontiere della salute. Il progetto degli infermieri per una Sanità al servizio dei cittadini: è questo il tema del XIII Congresso Nazionale organizzato dalla Federazione Collegi IPASVI che si svolgerà a Roma dal 19 al 21 settembre 2002.

Ben si inserisce la lettera dell'attuale Presidente, Annalisa Silvestro, a presentazione del Congresso, nella nostra analisi della Sanità del terzo millennio.

"[...] Il XIII Congresso si colloca a conclusione di un triennio denso di eventi che hanno coinvolto non solo il nostro gruppo professionale ma l'intero contesto sociale e sanitario del Paese.

La nostra professione ha raggiunto traguardi insperati e tracciato percorsi significativi su alcune questioni fondamentali quali la rilevanza del ruolo dell'assistenza infermieristica per il benessere dei cittadini, la docenza infermieristica inserita effettivamente e a pieno titolo nel contesto della struttura accademica, lo sviluppo dell'esercizio libero professionale, la dirigenza infermieristica per il governo dei processi assistenziali, la crescente attenzione alla ricerca e all'approfondimento disciplinare.

Quali sono dunque le nuove frontiere della salute, secondo i valori dell'equità, della solidarietà e della responsabilità in una società in evoluzione? Il progetto degli infermieri per una Sanità al servizio dei cittadini si articola attraverso scenari organizzativi basati su un'assistenza centrata sulla persona e attraverso percorsi formativi organici e integrati per l'acquisizione di competenze che siano valore aggiunto del sistema e della collettività professionale e sociale [...]"

Che dire di più rispetto all'importanza che va progressivamente acquisendo la figura dell'infermiere come professionista della salute nella Sanità del terzo millennio?

Nulla se non che una tale investitura comporta un'assunzione di maggiori responsabilità: indispensabile dunque una solida preparazione di base, un costante aggiornamento professionale, la capacità di mettersi in discussione e, sempre più

importante, la capacità di autodenunciare e discutere con i colleghi eventuali errori commessi per individuare le strategie da mettere in atto per evitarne la ripetizione - anche da parte di altri.

In altre parole: evitare i casi di "nursing malpractice" e darsi da fare per rilevare i quasi errori che possono essere la spia di perdita di controllo della situazione (l'abitudine, la ripetitività, la stanchezza, la negligenza e la scarsa motivazione possono essere la causa di possibili errori).

Non sarà allora lontano il tempo in cui anche in Italia avremo l'infermiere di famiglia, libero professionista, convenzionato con la Regione e disponibile per i cittadini, così come proposto da Giovanni Mutillo, Presidente del Collegio IPASVI di Milano-Lodi durante il Convegno annuale tenutosi a Milano nel maggio del 2002. Secondo Mutillo "L'autonomia regionale in materia di sanità lo consente. Se si vogliono avere efficienti ospedali per acuti, balzano in primo piano le cure a domicilio. E l'infermiere di famiglia ci sta a puntino. Sarebbe un esborso insostenibile? No, se così si risparmia sui ricoveri"⁸³.

È importante però, per raggiungere tale scopo, che gli infermieri dimostrino la loro piena autonomia e capacità professionale.

Considerazioni

La accresciuta aspettativa di vita delle persone, il conseguente aumento delle malattie croniche e degenerative, gli stili di vita scorretti, la crescente domanda di prestazioni, la medicina che si crede dotata di proprietà taumaturgiche, la maggiore informazione della popolazione, il numero crescente di denunce per casi di "malpractice", il vertiginoso aumento dei premi assicurativi a copertura di danni causati alle persone, stanno creando, nei Paesi industrializzati, gravi problemi di copertura finanziaria al fine di garantire prestazioni sanitarie di qualità.

La sanità del terzo millennio deve adeguare l'erogazione delle prestazioni a queste richieste emergenti: da un lato serve riorganizzare i servizi per eliminare costi

⁸³ Cremonese A., *Arriva l'infermiere di famiglia. "Si risparmia sui ricoveri"*, Corriere della Sera, 13/5/ 2002

superflui dall'altro si deve tendere a garantire un'assistenza globale, personalizzata, equa e solidale, di alta qualità.

La sanità del terzo millennio secondo l'Institute of Medicine statunitense dovrebbe essere:

- **sicura** perché evita di danneggiare il paziente con l'assistenza erogata
- **efficace** perché fornisce prestazioni basate sulla conoscenza scientifica a tutti coloro che possono trarne beneficio e perché evita di fornire prestazioni a coloro che non possono trarne alcun beneficio
- **centrata sul paziente** perché rispetta e tiene conto delle richieste del paziente, dei suoi bisogni, dei suoi desideri e assicura che ogni prestazione venga fatta secondo la volontà del paziente
- **puntuale** perché riduce le attese e i rinvii dannosi sia per chi riceve assistenza sia per chi la fornisce
- **efficiente** perché evita gli sprechi, inclusi quelli relativi alle attrezzature, al materiale di consumo, alle idee e alle energie
- **equa** perché fa sì che la qualità dell'assistenza non cambi a causa delle caratteristiche personali del ricevente quali il sesso, la razza, la localizzazione geografica e lo status sociale ed economico^{84*}.

Affermazioni pertinenti e condivisibili ma, purtroppo, minacciate dalla attuale grave e cronica carenza di infermieri in molti Paesi industrializzati.

⁸⁴ Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*, March 2001 -
* libera traduzione della scrivente

6 - STRATEGIE, STRUMENTI, POLITICHE AZIENDALI ADOTTATE E ADOTTABILI PER LA RILEVAZIONE E L'ABBATTIMENTO DEI CASI DI "NURSING MALPRACTICE"

"Meglio prevenire che curare. È questo il metodo più opportuno per affrontare lo spinoso tema degli errori nella pratica medica, troppo spesso affrontati solo come casi di malasanità. E se anche non esistono dati ufficiali e scientificamente accertati sul numero e le cause degli errori evitabili, le statistiche registrate dal Tribunale per i diritti del malato (Tdm) indicano un aumento delle segnalazioni da parte dei cittadini"⁸⁵.

"Negli ospedali si sbaglia troppo. Scambi di farmaci, garze dimenticate durante le operazioni, sacche di sangue non compatibili: le segnalazioni di errori raccolte dal Tribunale per i diritti del malato sono cresciute del 14% nell'ultimo anno. [...] L'errore in ospedale non solo è possibile, ma è anche frequente, costa carissimo ai pazienti (negli USA muoiono più persone per errori in medicina che per incidente stradale e il dato italiano potrebbe avvicinarsi), e pesa sui conti della sanità pubblica: 'E' pari a un terzo dei costi complessivi di gestione dei nostri ospedali - dice il Ministro della Salute Girolamo Sirchia -. Uno sperpero a cui bisogna cominciare a mettere mano"⁸⁶.

"Negli Stati Uniti, in Inghilterra e in Francia esistono statistiche precise e attendibili sugli errori dei medici. Problema che esiste anche in Italia ma senza studi su un fenomeno che, con i casi di reale o presunta malasanità che coinvolgono spesso la magistratura penale e quella civile, è diventato più di un progetto operativo"⁸⁷.

"L'enorme progresso biomedico di questi anni porta con sé una aumentata complessità nell'organizzazione sanitaria. Essa, accompagnata da una politica di crescente riduzione della spesa per la sanità, comporta inevitabilmente maggiori rischi di errore, talora con danni gravissimi per i pazienti. Infatti, sotto il profilo organizzativo, il crescente numero di atti medici eseguiti su un paziente durante il ricovero, il crescente numero di opzioni tra trattamenti diagnostici e terapeutici

⁸⁵ Negrotti E., *Sbagliando si impara pure in corsia*, Avvenire, Martedì 21 Maggio 2002

⁸⁶ Monti D., *Una squadra speciale contro gli errori in ospedale*, Corriere della Sera, Martedì 21 Maggio 2002

⁸⁷ Buonanno B., *Sirchia: offriremo ai cittadini un'assistenza di qualità*, Il Mattino, Martedì 21 Maggio 2002

diversi a disposizione del medico, la pur comprensibile tendenza a ridurre la permanenza in ospedale dei pazienti, creano di per sé un ambiente molto più rischioso, sotto il profilo della sicurezza del paziente, e molto più stressante per gli operatori, ambiente che occorre studiare e migliorare con concetti organizzativi e soluzioni tecnologiche adeguate⁸⁸.

Quelli sopra riportati sono alcuni dei commenti apparsi sulla stampa dopo la presentazione ufficiale del CeSREM - Centro Studi San Raffaele Rischi Errori in Medicina - tenutasi a Milano il 20 maggio 2002, un esempio concreto di quanto si sta facendo per eliminare i casi di "malpractice" negli ospedali italiani.

Analizzeremo in questo capitolo in modo più dettagliato origine e fini di questo Centro e presenteremo iniziative intraprese da altri enti, proposte di intervento, strategie adottate e adottabili per abbattere il rischio in corsia e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in generale.

6.a - Il CeSREM - Centro Studi San Raffaele Rischi Errori in Medicina

Il CeSREM è stato presentato a Milano, in data 20 maggio 2002, presso l'IRCCS Ospedale San Raffaele. La nascita di questo nuovo organismo - il primo in assoluto in Italia - risponde all'esigenza di monitorare in modo sistematico il fenomeno "errore nella pratica medica". L'intento è quello di creare i presupposti, istituzionali e organizzativi, che garantiscano al cittadino un servizio sanitario nel quale domini sempre più l'elemento qualità. Questo il primo capoverso del comunicato stampa dell'evento.

Ma alla base della costituzione del Centro Studi sta un lungo lavoro propedeutico e di gruppo scaturito dai dati raccolti durante i vent'anni di intensa attività di assistenza gratuita per i cittadini vittime di casi di "malpractice" svolta dal Tribunale per i diritti del malato. Il tutto sostenuto dal progetto "Imparare dall'errore - Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale" [...] presentato a Roma l'8 aprile 2000 che si fonda su una serie di **principi** [...]

⁸⁸ Bonini P., *Errore e rischio nella pratica medica*, Incontro stampa: Errori in medicina: troppi, che fare?, Milano 20 maggio 2002

"consolidati in atti internazionali, nella Costituzione, nelle leggi e nella giurisprudenza, nel codice di deontologia medica e sono presenti nelle Carte dei diritti del malato e nella prassi di cittadini e operatori" e che di seguito riportiamo:

- 1. Nulla può essere lasciato al caso:** la complessità delle azioni messe in campo dagli operatori sanitari richiede un adeguato sistema di controllo per impedire che producano danni e lesioni. Gestire i rischi significa predisporre procedure e individuare in modo chiaro ruoli e responsabilità di tutti i soggetti che operano nella struttura sanitaria. Niente può essere lasciato al caso quando è in gioco la vita delle persone.
- 2. È necessario investire in sicurezza:** una corretta gestione e un'adeguata prevenzione dei rischi sono possibili solo con investimenti adeguati tanto sotto il profilo quantitativo che qualitativo che assicurino agli operatori tutti gli strumenti necessari per la diagnosi e cura. Non sono accettabili rischi per la salute causati da strutture, attrezzature, apparecchiature o, in generale, mezzi obsoleti, non idonei, di qualità scadente, o non in perfetto stato di manutenzione.
- 3. I rischi devono essere dichiarati:** il primo fattore di sicurezza risiede nel riconoscimento del rischio e nella sua valutazione. La dichiarazione dei rischi è una cartina di tornasole della attenzione della struttura sui temi della sicurezza e favorisce la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti, operatori e pazienti.
- 4. Lo scambio di informazioni aumenta la sicurezza:** la circolazione delle informazioni tra le persone riguardo agli accadimenti, positivi o negativi, che caratterizzano la prassi sanitaria rappresenta un fattore di sicurezza e contribuisce a evitare il ripetersi di eventi dannosi. Ogni evento può essere fonte di informazioni preziose per ridurre i rischi e per evitare gli errori.
- 5. Garantire l'appropriatezza riduce le probabilità di errore:** al cittadino deve essere garantito un iter diagnostico e terapeutico conforme alle evidenze scientifiche riguardanti il suo caso. Le prestazioni inappropriate, in un contesto

nel quale anche un atto clinico validato comporta dei rischi, non solo riducono le possibilità di efficacia degli interventi, ma aumentano in assoluto le probabilità di errore.

- 1. La qualità delle prestazioni deve essere valutata attraverso indicatori di esito:** in ogni struttura sanitaria deve essere previsto, in modo ordinario, un sistema di valutazione che consenta di misurare la qualità delle prestazioni erogate attraverso indicatori di esito. Ciò significa che la registrazione di risultati significativamente difformi dalle medie o da quelli riportati in letteratura deve comportare l'adozione di misure di politica sanitaria, tanto correttive che sanzionatorie.
- 2. La comunicazione tra medico e paziente è parte integrante dell'atto medico:** la pratica di un corretto rapporto medico-paziente non rappresenta solo il rispetto di un principio fondamentale sancito ormai dalla legislazione e dalla deontologia medica, ma anche uno strumento di controllo dei rischi. Ascoltare il paziente, farsi raccontare la sua storia clinica, tenere conto dei sintomi descritti, rappresentano tutte modalità di comportamento che consentono di sbagliare di meno. Allo stesso tempo, la comunicazione all'utente in modo completo e comprensibile sui rischi dei trattamenti da effettuare, con l'indicazione delle percentuali di esito infausto, di possibili conseguenze indesiderate o di mancato miglioramento, non rientra soltanto nel diritto di autodeterminazione e di libera scelta del cittadino. Un cittadino coinvolto e informato sarà generalmente più disponibile a comprendere le ragioni di avvenimenti imprevisti e negativi e collaborerà con gli operatori per il superamento delle situazioni di difficoltà.
- 3. Il valore della critica e dell'autocritica:** la discussione, la riflessione, l'assunzione di punti di vista e di soluzioni comuni di fronte al verificarsi di incidenti ed errori rappresentano elementi fondamentali di una strategia per la sicurezza, sia che essi abbiano comportato danni evidenti, sia che essi non siano stati registrati. La pratica della clinica e dell'autocritica non deve comportare una

valutazione negativa della persona, alla quale deve essere assicurata la possibilità di autodifesa.

4. **La verità deve essere premiante:** per una struttura o per un reparto in cui si pratici la verità, vale a dire sia garantita una gestione trasparente e interattiva dell'attività sanitaria e sia assicurato un sistema costante di "feedback", devono essere previsti vantaggi, benefici e incentivi. Ciò richiede che, per converso, sia superato definitivamente il sistema, largamente vigente, che premia le omissioni, l'occultamento dei fatti, i silenzi complici.
5. **La formazione è l'arma della sicurezza:** l'errore, oltre a essere spesso un evento doloroso, può rappresentare una preziosa occasione di formazione. È necessario, quindi, che una politica della sicurezza preveda la messa in atto di azioni di riparazione che abbiano come obiettivo anche la formazione e la riqualificazione degli operatori su temi specifici, orientata alla prevenzione degli errori evitabili⁸⁹.

In Italia il CesREM (www.cesrem.org) si propone di:

- aumentare la sicurezza e la "privacy" del paziente e ridurre i rischi di errore in medicina in Italia e all'estero, operando autonomamente e/o in collaborazione o per conto di enti pubblici e privati italiani e stranieri;
- svolgere attività di ricerca nel campo della medicina e dell'organizzazione sanitaria, al fine di promuovere una più approfondita comprensione degli errori umani e del sistema sanitario;
- collaborare con enti e istituzioni nazionali ed estere per raccogliere le esperienze e le aspettative dei cittadini sulla sicurezza nel sistema sanitario;
- divulgare informazioni sulla sicurezza del paziente e argomenti analoghi;
- sviluppare un sistema di raccolta di "report" di rischi di errori, o errori organizzativi nell'ambito del sistema sanitario italiano ed europeo, di proporre e favorire l'applicazione di linee guida nell'ambito del sistema sanitario italiano ed

⁸⁹ Tribunale per i diritti del malato, *opera citata*

europeo.

Come si vede un progetto ambizioso, primo del genere in Italia, che si spera riesca a raggiungere gli obiettivi che si è prefisso - ricordiamoci che il problema richiede estrema delicatezza e anche, ad avviso della scrivente, risorse finanziarie e umane adeguate - e sia di stimolo alla diffusione della cultura della "sanità di qualità" sia nei confronti dell'utente che degli operatori sanitari.

6.b - Le unità di gestione del rischio

"Il risk manager va in corsia - Gli errori medici? Sono tanti, provocano migliaia di morti e costano cari. Non soltanto in termini di conseguenze dirette o indirette sui pazienti, ma anche per le tasche di professionisti, aziende sanitarie e assicurazioni. Coinvolti in un circolo vizioso in cui, all'aumentare dei ricorsi in tribunale di pazienti insoddisfatti o danneggiati, corrispondono la crescita dei premi per la responsabilità civile ed esborsi almeno doppi per gli erogatori delle polizze. Che, sempre più numerosi, abbandonano il campo in attesa che il Servizio sanitario nazionale (Ssn) corra ai ripari, intervenendo alla fonte stessa dell'errore.

È questo il quadro tracciato da un dossier del Cineas - il Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni - in collaborazione con Zurich consulting. A dare le dimensioni del problema - su cui mancano dati ufficiali e certificati - bastano poche ma significative cifre, riferite da associazioni di medici e del ramo assicurativo. Cifre, se vere, strabilianti: le morti in seguito a errore medico oscillerebbero tra 14mila e 50mila. Circa 35mila la media che azzarda lo studio. Sarebbero inoltre circa 12mila l'anno le cause intentate dai pazienti, per una richiesta di risarcimento danni pari a circa 2,5 miliardi di euro. E più cause vengono promosse, spiega il rapporto Cineas, maggiori sono i costi che gli ospedali devono sostenere per il pagamento delle polizze. Per fare un esempio, un ospedale con un bacino di utenza di 50mila persone deve 'sborsare' polizze per 750mila euro. Nel caso di strutture più grandi, la cifra vola a 2 milioni di euro.

Nonostante l'aumento progressivo dei premi, le assicurazioni lamentano però di non riuscire a mantenere il passo con i risarcimenti, che crescono ancor più

velocemente: malgrado una raccolta annua di circa 175 milioni di euro, le compagnie spendono 413 milioni per i risarcimenti. Oltre all'aumento dei sinistri, inoltre, vanno messi in conto gli importi dei danni da risarcire, che non sono più riconducibili, come in passato, soltanto al danno emergente o al lucro cessante, ma anche al danno biologico e a quello morale.

Scontenti pazienti, operatori e strutture sanitarie, scontente le compagnie assicurative. Costretti tutti a pagare di più. Una soluzione? Secondo gli esperti del settore esiste: **'risk management'**. Per ricondurre alla normalità il problema degli errori medici andrebbe adottato quello strumento che - ormai consolidato nel mondo anglosassone - in Italia ha appena iniziato a fare capolino. 'La svolta nella gestione del rischio in Sanità - spiega il 'risk manager' Lucio Silvio Casati - sta nel prendere atto della possibilità che gli errori medici si verifichino, e nell'avviare tutte le procedure necessarie per far sì che non si ripetano'.

In una parola, **prevenzione**. A capirlo, fino a oggi in Italia, è stata una manciata di strutture che, supportate da consulenti esterni, hanno avviato attività di comunicazione e di verifica che coinvolgono tutti gli operatori sanitari interessati. E a confermare la bontà dello strumento sono proprio questi ultimi che, in un sondaggio orientativo su 600 tra medici e paramedici (sic!), chiedono a gran voce che il problema sia affrontato, parlandone⁹⁰.

Errori in corsia	
Persone che ogni anno restano vittime di errori in ospedale	320mila
Cause intentate ogni anno dai pazienti	12mila
Richieste di risarcimenti pendenti	2,5 miliardi di Euro
Esborsi di ogni ospedale per le polizze (in base al bacino di utenza)	dai 750 mila ai 2 milioni di Euro
Costi annui per il prolungamento delle degenze per errori	260 milioni di Euro
Raccolta annua dei premi di assicurazione sanitaria	175 milioni di Euro
Risarcimenti pagati dalle Assicurazioni (1999-2000)	413 milioni di Euro
Fonte: elaborazione Zurich consulting su dati Ania, Assinform, Tribunale per i diritti del malato (Il Sole 24 Ore, opera citata)	

⁹⁰ Gobbi B., *Il risk manager va in corsia*, Il Sole 24 Ore, 19 Aprile 2002

Le unità di gestione del rischio rappresentano l'avvio della sperimentazione "della registrazione degli errori (quasi errori, eventi avversi, ecc.) e di tutte quelle attività che dovrebbero condurre alla introduzione e implementazione di un regime di governo dei rischi"⁹¹ anticipata dalla Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale presentata dal Tribunale per i diritti del malato nell'anno 2000 e di cui si è scritto precedentemente.

"Task force' per gli errori in corsia - Iniziativa del Tribunale per i diritti del malato. Undici 'task force' a caccia di errori di medici, infermieri e tecnici, in altrettanti grandi ospedali italiani. Ogni 'task force' sarà formata da 4 o 5 sanitari scelti dalle ASL e dovrà registrare, a partire dal prossimo mese, gli errori nelle diagnosi e nelle terapie, tracciare una mappa degli sbagli più frequenti, individuare cosa non ha funzionato nelle procedure, osservare gli eventi sentinella, vale a dire i nuovi casi che fanno scattare lo stato di attenzione. L'annuncio è stato dato ieri da Stefano Inglese, responsabile delle politiche nazionali del Tribunale per i diritti del malato, durante il convegno del Censis 'Rischi ed errori nella sanità italiana'.

'La società sta vivendo un processo generale d'individualizzazione - ha spiegato il direttore del Censis Giuseppe De Rita - e anche rispetto alla salute il cittadino utente è diventato più esigente: si aspetta sempre di più dal sistema sanitario, ritiene di essere sempre un caso a parte, e prova una forte disillusione se è colpito da un avvenimento negativo. Più forte è la disillusione e maggiore è il desiderio di trovare il responsabile: il medico, la struttura sanitaria o l'infermiere.

Così nasce il problema: chi dovrà pagare i danni causati al malato? Sono in grado le assicurazioni di coprire i rischi? È opportuno assicurare la struttura o il singolo medico?'

[...] La maggiore consapevolezza dei propri diritti, la convinzione che la scienza medica è in grado di risolvere qualsiasi problema, spinge ogni giorno di più il malato a denunciare casi di malasanaità veri o presunti.

[...] 'L'obiettivo è quello di far capire a chi lavora in una struttura sanitaria che non c'è alcun obiettivo punitivo - spiega Stefano Inglese del Tribunale per i diritti del malato - ma quello di monitorare il fenomeno degli errori, studiare le procedure e metterlo sotto controllo. Proprio per evitare che nel futuro si ripetano, anche se come

⁹¹ Tribunale per i diritti del malato, *Imparare dall'errore-Le unità di gestione del rischio*, 2001, II edizione

in ogni attività umana lo sbaglio non è eliminabile in assoluto. Una procedura già ampiamente collaudata negli Stati Uniti dalla Accademia Americana della Scienza e in Gran Bretagna"⁹².

Secondo il Tribunale per i diritti del malato, la fase attuativa della sperimentazione dovrebbe comprendere, per le aziende che hanno firmato il patto di adesione, le operazioni seguenti:

1. **Istituzione delle unità di "risk management"**: rappresenta senza ombra di dubbio il primo passo da compiere. L'istituzione delle **unità di gestione del rischio** consente di disporre di un gruppo di persone, con le necessarie competenze tecniche, in grado di istruire la sperimentazione stessa e, soprattutto, di lavorare sistematicamente e con continuità sui temi della prevenzione dell'errore e di introdurre progressivamente un regime di controllo dei rischi. Al tempo stesso indica, da parte delle Aziende, la volontà precisa di assumere impegni concreti e operativi e dà visibilità a tutto ciò. [...] Alle unità di "risk management" aziendale si possono affiancare unità di gestione del rischio di reparto nei reparti nei quali si svolge la sperimentazione.
2. **Nomina del "risk manager"**: l'istituzione delle unità di "risk management" comporta come è ovvio, l'individuazione e la nomina, con la conseguente attribuzione di responsabilità, di un **"risk manager"**, cioè della figura che pur avvalendosi della collaborazione e delle competenze di altri ruoli professionali presenti all'interno delle unità, assume su di sé la responsabilità primaria del raggiungimento dei compiti attribuiti alla stessa unità.
3. **Collegamento delle unità di "risk management" con altri segmenti del "management" che si occupano di sicurezza** (Commissioni per la prevenzione delle infezioni ospedaliere e i Comitati per il Buon uso del sangue): la ragione fondamentale per promuovere e supportare il collegamento tra tutte le iniziative riguardanti la sicurezza nella pratica medica e assistenziale risiede nella necessità

⁹² Reggio M., *Task force per gli errori in corsia*, La Repubblica, 23 Febbraio 2002

di assicurare a tutte le attività in questo settore il coordinamento necessario e cominciare a fornire loro il respiro strategico indispensabile.

- 4. Adozione del sistema di rilevamento degli eventi sentinella:** la registrazione degli errori rappresenta sicuramente uno degli obiettivi più significativi della sperimentazione. Si tratta della maniera più semplice e, al tempo stesso, efficace di avviare concretamente la sperimentazione. Tuttavia l'affinamento dei metodi di rilevazione e registrazione degli eventi sentinella, errori, quasi errori, eventi avversi, ecc., ha bisogno di ulteriori elaborazioni e della costruzione di un consenso diffuso e più marcato di quello che, probabilmente, è a nostra disposizione a tutt'oggi. Si tratta, inoltre, di una operazione ben più complessa, alla quale non ci si può che avvicinare per gradi. La rilevazione e registrazione degli **eventi sentinella**, su base anonima, anche attraverso la utilizzazione degli strumenti tecnici allegati, ricavati sulla base delle indicazioni della Joint Commission americana, può rappresentare, invece, un buon avvio, alla portata di tutti.

- 5. Individuazione di un responsabile per la segnalazione degli eventi sentinella:** è la prassi seguita all'estero, nei paesi nei quali le unità di "risk management" esistono e funzionano da tempo ed è la strada individuata dalla stessa Joint Commission. L'individuazione di un **responsabile per la segnalazione degli eventi sentinella** all'interno dei reparti che partecipano alla sperimentazione risponde anche alla necessità di garantire il più possibile la "confidenzialità" indispensabile a garantire effettivamente l'anonimato alla diverse fonti. Il responsabile per la segnalazione degli eventi sentinella all'interno dei reparti va individuato tra gli operatori, nell'ambito della componente medica, e può essere scelto dopo una ampia consultazione tra gli operatori del reparto stesso. Nel caso in cui si scelga di istituire unità di gestione del rischio di reparto, il responsabile per la segnalazione degli eventi sentinella sarà individuato, ovviamente, nell'ambito della componente medica presente all'interno della unità di "risk management".

- 6. Redazione della mappa dei rischi:** il passo successivo è rappresentato dalla redazione della **mappa dei rischi** nel settore della pratica medica e assistenziale. Per la prima redazione si dovranno utilizzare ancora tutte le fonti possibili, giacché la registrazione degli eventi sentinella sarà stata avviata da troppo poco tempo per immaginare che essa possa mettere a disposizione, in tempi brevi, elementi utili per una analisi accurata e dettagliata. La mappa dei rischi deve essere in grado di fornire elementi di valutazione sufficienti a intervenire adeguatamente sulle aree critiche e ad avviare una seria politica di prevenzione e di governo dei fattori di rischio. Si può utilizzare, come modello per la realizzazione della mappa dei rischi, tenendo nel debito conto le diversità di oggetti trattati, la mappa omologa prevista dalla legge 626/94.
- 7. Redazione di un piano per la sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale:** alla redazione della mappa deve far seguito la stesura di un **piano per la sicurezza** che individui le aree nelle quali intervenire, gli strumenti da utilizzare, i programmi da sviluppare, le misure concrete da adottare. Il piano deve essere in grado di mettere a fuoco e indicare con precisione quali sono le priorità e i tempi di attuazione dei diversi trattamenti, e dare il senso della esistenza di specifiche politiche della sicurezza, fissando una serie di **obiettivi** e di **risultati** da raggiungere a **breve, medio, lungo termine**. Deve rappresentare, in altre parole, un vero e proprio piano esecutivo, molto concreto. [...]
- 8. Individuazione di un "budget" apposito per la sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale:** è evidente che è difficile assicurare la necessaria e indispensabile continuità a una politica della sicurezza senza disporre delle risorse adeguate. [...]
- 9. Redazione di un rapporto annuale:** la raccolta e la registrazione delle segnalazioni relative agli eventi sentinella, così come di informazioni provenienti da altre fonti ritenute attendibili deve sfociare, almeno con cadenza annuale, nella redazione di un Rapporto che fa il punto sulla situazione della sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale all'interno dell'azienda, fornisce

elementi utili per l'aggiornamento della mappa dei rischi e la formulazione, conseguente, del nuovo piano per la sicurezza. Man mano che si procederà nella sperimentazione, la redazione dei rapporti annuali consentirà di analizzare in maniera comparata l'evoluzione delle condizioni di sicurezza all'interno della azienda. L'invio dei dati relativi da parte di tutte le aziende che effettuano la sperimentazione in una sede unica, in forma rigorosamente anonima, consentirà di realizzare, annualmente, un **Rapporto** unico che fotograferà la situazione in tutto il paese.

10. Sostegno alla diffusione di modalità per la comunicazione tra gli operatori, la circolazione delle informazioni, la discussione degli errori, quasi errori, incidenti, ecc.: la Carta illustra, anche attraverso una serie di esempi, quanto una diversa e più efficace modalità di comunicazione delle informazioni tra gli operatori e l'accettazione del confronto sul tema dell'errore siano indispensabili a segnare effettivamente il punto di svolta. [...]

11. Introduzione di misure (almeno una) in favore di una migliore identificazione dei pazienti: si possono immaginare sistemi estremamente elementari (pensiamo ai **braccialetti**) o assai più sofisticati, messi a disposizione dalla "information technology". L'importante è che almeno una misura, per questo settore così importante, sia effettivamente prevista⁹³.

I primi passi per l'avvio della sperimentazione:

- istituire ufficialmente, a cura della Direzione generale delle Aziende, l'**unità di gestione del rischio** aziendale individuandone il Responsabile e i componenti e precisando chi tra essi assumerà la responsabilità di "**risk manager**"
- individuare la figura del **Responsabile per le segnalazioni degli eventi sentinella** all'interno dei reparti nei quali si svolge la sperimentazione
- procedere alla istituzione delle **unità di "risk management" di reparto** se si ritiene di affiancarle alla unità di gestione del rischio aziendale

segue

⁹³ Tribunale per i diritti del malato, *opera citata*

- adottare il **sistema di rilevamento degli eventi sentinella**. Per la segnalazione degli eventi sentinella si possono utilizzare i modelli adottati dalla Joint Commission for Accreditation americana. Le segnalazioni possono essere registrate su supporto informatico, utilizzando un "database" apposito che può essere fornito, a richiesta, alle Aziende che aderiscono alla sperimentazione
- **collegare l'attività** della unità di "risk management" agli altri segmenti del "management" aziendale che si occupano di sicurezza (Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, Comitati per il Buon uso del sangue, Responsabili per la qualità, ecc.).

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, opera citata

Crediamo sia necessario ora cercare di spiegare che cosa si intende per evento sentinella.

"Gli **eventi sentinella** sono indicatori costituiti da eventi singoli. Il principio su cui si basano è che tali eventi **non dovrebbero verificarsi** e il loro verificarsi è indice di per sé di una qualità insufficiente che richiede immediate indagini (per individuarne le cause) e interventi migliorativi.

Per quanto gli eventi sentinella siano prevalentemente costituiti da esiti (a esempio un arresto circolatorio durante o dopo un intervento chirurgico o una morte materna da parto), anche il verificarsi di alcune procedure può essere considerato un evento sentinella (a esempio: una mastectomia in assenza di tumore mammario o, più in generale, gravi errori di terapie mediche o chirurgiche)"⁹⁴.

"L'**evento sentinella** è un evento grave, spesso evitabile, legato al trattamento/assistenza erogati. La frequenza di eventi sentinella è bassa ma gli eventi sono tanto gravi per il paziente, la famiglia, l'operatore o l'istituzione coinvolti, che ogni singolo evento richiede la valutazione approfondita di quello che è successo.

Un evento sentinella classico in epidemiologia è la morte dei pazienti per interventi chirurgici 'semplici', quali un'appendicectomia o colecistectomia, o la morte per parto, o ancora la somministrazione di sangue incompatibile. Ogni evento

⁹⁴ Bonaldo A., Focarile F., Torregiani A., *opera citata*

sentinella richiederebbe l'esame del caso, per valutare perché si è verificato e prendere provvedimenti perché non si verifichi più in futuro"⁹⁵.

Ma ecco le tappe principali della analisi di un evento sentinella suggerite dal già citato documento del Tribunale per i diritti del malato.

Le tappe principali della analisi di un evento sentinella

- verificare l'esistenza di una segnalazione che indichi in maniera accurata quanto è accaduto;
- approfondire le circostanze che hanno dato luogo all'evento;
- stabilire con ragionevole precisione la cronologia dei fatti;
- se si dispone della analisi di processo specifica, individuarne la parte che va messa sotto osservazione perché ragionevolmente collegata all'accaduto;
- procedere alla intervista degli operatori coinvolti nell'evento utilizzando, se possibile, griglie appositamente predisposte;
- esaminare con attenzione tutti i passaggi del processo sotto osservazione, in modo da individuare con precisione ogni possibile fattore di rischio;
- reintervistare, se necessario, gli operatori coinvolti, sulla base delle evidenze emerse nel corso della analisi dello svolgimento dei fatti;
- compilare un report completo degli eventi, individuando le cause dell'evento segnalato;
- concludere con un elenco di raccomandazioni da adottare per prevenire il ripetersi dell'evento.

Fonte: Tribunale per i diritti del malato

La procedura presentata può essere utilizzata per sottoporre a esame sia situazioni semplici che complesse ed è un metodo già sperimentato con successo nei Paesi nei quali i sistemi di gestione del rischio sono già una realtà operante.

Gli eventi che devono essere presi in considerazione sono quelli che possono o potrebbero provocare conseguenze per i pazienti o per la organizzazione o quegli eventi che potrebbe essere utile approfondire per migliorare il funzionamento migliore struttura.

6.c - Il controllo delle infezioni ospedaliere

"Ospedali malati - Infezioni in corsia: una su 4 potrebbe essere evitata - Sanità: da 20 anni indagini e circolari lanciano l'allarme contro i germi che

⁹⁵ AA.VV., opera citata

contagiano chi è ricoverato ma pochi se ne preoccupano. Su circa 9 milioni di ricoverati l'anno negli ospedali italiani, 450.000-700.000 contraggono un'infezione durante la degenza. Il che corrisponde a una percentuale che va dal 5 all'8%. Conseguenza: si contano tra i 4.500 e i 7.000 morti. Sono dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità che, in una recente indagine, ha anche rilevato pesanti ritardi e gravi carenze nella maggior parte degli ospedali in merito all'attuazione dei programmi di controllo e prevenzione delle infezioni. Eppure, una grossa fetta di queste infezioni potrebbe essere eliminata. [...]

Le prime raccomandazioni - Già nel **1981** era stata avviata una prima indagine nazionale sulla diffusione delle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni acquisite negli ospedali. Documentò non solo la rilevanza del fenomeno e la scarsa sensibilità verso di esso, ma anche l'esistenza di un'ampia diffusione di **pratiche assistenziali non adeguate** a prevenire queste infezioni. Sulla scorta di questo rapporto, il Ministero della Sanità emana nel 1985 la prima circolare che raccomanda in ogni ospedale l'attivazione di un Comitato responsabile del programma di lotta alle infezioni ospedaliere e l'istituzione della figura della **infermiera dedicata ad attività di sorveglianza**.

Menefreghismo? Pressapochismo? Problemi organizzativi? Fatto sta che solo pochi ospedali si attrezzano per lottare contro le infezioni nosocomiali. Nel **1988**, vista la scarsa risposta al programma di controllo delle infezioni ospedaliere, il Ministero emette una seconda circolare. Vengono definiti i requisiti di base dei programmi di sorveglianza, ribadita la necessità del Comitato di controllo in ciascuna struttura ospedaliera e delle infermiere 'dedicate'.

Sempre nel 1988, a fine anno, l'Istituto Superiore di Sanità conduce un'indagine conoscitiva per verificare l'applicazione della prima circolare, dell'85. Risultato: solo il 14,2% degli ospedali ha attivato il Comitato di controllo, ma in più di un terzo dei casi non si è mai riunito. Appena l'8% si è dotato di una figura infermieristica 'dedicata', ma solo una su cinque viene impiegata a tempo pieno nei programmi di controllo.

Trascorrono gli anni. Tredici dalla prima circolare. La maggior parte delle strutture sanitarie, in questo lungo arco di tempo, non si è mossa o si è mossa male. Un indice di colpevolezza grave, se si pensa che studi statunitensi ed europei

dimostrano l'efficacia dei sistemi di sorveglianza attiva. Un esempio, tra i reparti più a rischio: le terapie intensive. Dati americani (decennio 1990 - 1999) registrano una diminuzione della frequenza di batteriemie ospedaliere tra il 31 e il 44% nelle terapie intensive delle strutture che conducono una corretta sorveglianza.

Le disposizioni recenti - In Italia, ed era ora, il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 inserisce di nuovo la prevenzione delle infezioni ospedaliere tra gli obiettivi prioritari. Il Piano, sottolinea che con l'adozione di assetti organizzativi e comportamenti corretti, si può minimizzare il rischio delle infezioni contratte in ospedale e che, in particolare, quelle delle vie urinarie, da ferita chirurgica, quelle associate a cateteri vascolari, le polmoniti postoperatorie o associate a ventilazione assistita, dovranno essere ridotte di almeno il 25% nel triennio.

A questo punto ci si chiede: se le norme per la lotta alle infezioni nosocomiali fossero state rispettate **fin dalla prima circolare**, sedici anni fa, solo realizzando la fattibile riduzione del 25% (studi internazionali parlano anche del 30%) si sarebbero evitate da due a tre milioni di infezioni e circa trentamila decessi. Sulla coscienza di chi sono queste morti?"⁹⁶.

Questo articolo ci torna utile per ricordare che anche il controllo delle infezioni nosocomiali deve rientrare tra gli obiettivi di chi intende fornire un'assistenza di qualità. E gli operatori sanitari più coinvolti in questo problema sono certamente gli infermieri rappresentando essi stessi, molto spesso, il veicolo di trasmissione dell'agente infettivo.

Ma vediamo che cosa si intende per infezioni ospedaliere. Con il termine di **infezioni ospedaliere (I.O.)** vengono definite quelle malattie di origine infettiva contratte da pazienti in ambiente ospedaliero che non sono evidenti all'ingresso ma che si manifestano durante e dopo il ricovero e da queste sono causate. Per convenzione si considerano infezioni ospedaliere quelle infezioni che insorgono dopo 48 ore dal ricovero.

"La possibilità di prevenire le I.O. è correlata in buona parte a procedure assistenziali di ampia diffusione quali il **lavaggio delle mani**, il rispetto dell'**asepsi** nelle procedure invasive, la **disinfezione** e la **sterilizzazione** dei presidi sanitari.

⁹⁶ Nicolosi C., *Ospedali malati*, Corriere Salute, 20 Gennaio 2002, pagg. 4-5

[...] Il problema delle I.O. nasce con l'ospedale, nel quale si cominciano a raggruppare gli individui affetti dalle patologie che nei secoli hanno segnato il cammino dell'uomo, e che diviene struttura organizzata, a esempio nei periodi bellici per la cura delle ferite di guerra. Ed è proprio Florence Nightingale che, durante la propria attività volontaria nel corso della guerra di Crimea, ripete instancabilmente che 'ogni infermiera deve badare a lavarsi le mani frequentemente nella giornata' e che '...non bisogna dimenticare quello che ordinariamente si chiama infezione. La vera assistenza (infermieristica) ignora l'infezione se non per prevenirla...'”⁹⁷.

È passato quasi un secolo e mezzo da allora ma, come si vede, il problema è tutt'altro che risolto e l'assistenza infermieristica continua a essere carente se si considera che le infezioni delle vie urinarie sono in assoluto le più frequenti e sono strettamente legate alla pratica infermieristica: esse rappresentano utili indicatori (di esito) negativi della qualità dell'assistenza anche se la procedura di inserzione del catetere (processo) può essere stata correttamente seguita.

Ma non solo il problema non è risolto ma ancora c'è qualcuno che lancia appelli agli operatori sanitari. Dal 15mo Congresso della Società europea di terapia intensiva tenutosi a Barcellona nel settembre 2002 arriva il richiamo dell'infettivologo Hartmut Lode, dell'ospedale di Heckeshorn di Berlino: "bisognerebbe anche riuscire a fare sì che infermieri e medici si lavino le mani dopo ogni visita e usino i guanti usa e getta"⁹⁸.

"Anche la sola valutazione del processo ha dei limiti: una corretta esecuzione di una tecnica, a esempio il cateterismo vescicale, non è sempre sufficiente a garantire una buona qualità dell'assistenza. Il cateterismo vescicale può essere stato eseguito correttamente, ma forse non era necessario, o poteva essere evitato. Oppure il paziente ha contratto ugualmente un'infezione perché gli altri comportamenti legati alla gestione del paziente cateterizzato (a esempio il lavaggio delle mani, l'uso delle sacche con valvola antireflusso, la somministrazione di terapia antibiotica) non sono stati eseguiti correttamente"⁹⁹.

⁹⁷ Ruggieri S., *Infezioni Ospedaliere e Assistenza Infermieristica*, in L'operatore professionale coordinatore e la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere, IPASVI, Collana Arcobaleno n. 8

⁹⁸ Corriere della Sera, *Infezioni in ospedale. Ogni anno 7 mila morti*, 3 Ottobre 2002

⁹⁹ AA.VV., *opera citata*

L'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) identifica le seguenti principali cause di infezioni ospedaliere: antibioticoterapia, aumento dei pazienti suscettibili alle infezioni, incremento delle tecniche invasive sia diagnostiche che terapeutiche, numero elevato di persone che assistono il paziente, mancanza di educazione sanitaria del personale, inadeguatezza delle strutture architettoniche.

"Le infezioni più frequenti negli adulti sono quelle delle vie urinarie. Seguono le infezioni dell'apparato respiratorio, delle ferite chirurgiche, dello apparato gastrointestinale. Nei bambini, le più frequenti sono le setticemie. Per Silvio Brusaferrò, professore d'igiene al Policlinico Universitario di Udine, la prevenzione delle infezioni implica la mobilitazione di tutta l'organizzazione ospedaliera. Per esempio, le infezioni delle vie urinarie sono spesso dovute a manovre non corrette di inserimento del catetere, alla sua permanenza protratta, all'indicazione a cateterizzare, alla scelta del catetere. 'Ce ne sono alcuni - dice Brusaferrò - che hanno probabilità molto più basse di infettarsi, **ma costano di più**. Ecco perché ai comportamenti del personale devono accompagnarsi delle scelte amministrative"¹⁰⁰.

Come esempio di soluzioni adottate da alcuni ospedali al fine di ridurre il numero di casi di infezioni ospedaliere torna utile riportare la tabella inserita nel già citato articolo di Corriere Salute.

Le soluzioni

Tra i principali protocolli operativi predisposti da 341 ospedali tra i 535 dell'indagine dell'ISS del 2000

- il 65,9 riguardano la pulizia ambienti
- il 63,8 le precauzioni per il personale
- il 63,1 l'utilizzo dei disinfettanti e degli antisettici
- il 58,6 il lavaggio delle mani
- il 47,7 la decontaminazione e la disinfezione degli endoscopi
- il 42,8 la prevenzione delle infezioni urinarie (eppure sono le più frequenti)
- il 29,2 la prevenzione delle infezioni delle ferite chirurgiche
- il 18,5 la prevenzione delle infezioni delle basse vie respiratorie.

Fonte: Nicoli S., Corriere Salute, 20 Gennaio 2002, opera citata

¹⁰⁰ Nicolosi C., opera citata

È inutile sottolineare l'importanza dell'infermiere nella prevenzione delle infezioni nosocomiali e nell'adozione di tutte le necessarie misure precauzionali.

Decisivo, inoltre, è il ruolo dell'infermiere dedicato al controllo delle infezioni, ruolo chiaramente delineato dal Ministero della Sanità con la Circolare 52/1985, e avente le funzioni di: sorveglianza delle infezioni ospedaliere, educazione e insegnamento, collegamento tra il Comitato per il Controllo delle Infezioni e le diverse aree ospedaliere, modificazione dei comportamenti nel personale di assistenza.

Peccato che l'indagine dell'Istituto Superiore della Sanità abbia evidenziato che appena il 35% degli ospedali campionati dispone di un referente medico in attività e solo il 27% abbia una figura infermieristica dedicata. Anche queste inadempienze, dopo tutto, possono essere classificate come malasanità e qualità assistenziale scadente.

6.d - L'accreditamento e la qualità

L'avvio della ricerca della qualità delle prestazioni in campo sanitario nel nostro Paese è ascrivibile alla progressiva "modernizzazione" del Servizio Sanitario Nazionale, avvenuta negli anni novanta, che ha trasformato gli ospedali in aziende ospedaliere assimilabili per obiettivi e risultati alle aziende di tipo mercantile con la sostanziale differenza che "oggetto" del servizio è il cittadino e non già un bene inanimato.

Il SSN ha così potuto delegare alle aziende ospedaliere "accreditate" l'erogazione dei servizi secondo degli standard di riferimento.

La conseguenza di questa evoluzione è stata la necessità di definire "i criteri (o misure o variabili) che permettono di descrivere, quantificare, rendere comparabili le valutazioni di qualità che le aziende devono applicare alle proprie pratiche, pianificazioni, rendicontazioni. Il termine chiave che si è adottato per definire gli elementi che entrano nei processi di accreditamento qualitativo è: **indicatori**"¹⁰¹. [...]

¹⁰¹ AA.VV., opera citata

Distinguiamo tre forme di valutazione:

I - L'accreditamento autorizzativo

Questa forma di accreditamento si propone di verificare la presenza di requisiti predeterminati di qualità stabiliti dal legislatore o dall'azienda. Chi non rientra nei canoni stabiliti non viene autorizzato (o meglio, non dovrebbe esserlo) ad erogare prestazioni sanitarie. Il mancato accreditamento ha pertanto un effetto di sanzione perché non consente alla struttura di operare.

L'ipotesi su cui si fonda questo tipo di accreditamento è che il rispetto dei requisiti stabiliti sia presupposto per la qualità dell'assistenza erogata. Criteri e indicatori utilizzati nella valutazione sono stabiliti a livello istituzionale e legati a normative. La valutazione viene in genere effettuata da soggetti esterni all'istituzione.

La visita di valutazione assume la connotazione di visita ispettiva: compito del valutatore è di individuare quanto la struttura si scosti dai requisiti previsti.

Questo tipo di accreditamento, che si basa sulla definizione di requisiti (standard) espliciti e ben definiti, è sinora stato limitato alle strutture (il numero di servizi di un ospedale, l'organico presente, il numero di bagni in reparto) più che ai processi assistenziali.

II - L'accreditamento di eccellenza

L'accreditamento di eccellenza è una procedura di autovalutazione: rappresenta cioè un meccanismo di valutazione interno al sistema professionale che tiene conto anche del punto di vista del paziente (le attese, il grado di soddisfazione per l'assistenza ricevuta e l'esito finale), e che si propone come obiettivo il miglioramento continuo, attraverso una logica di miglioramento ed apprendimento clinico ed organizzativo che coinvolge tutti i professionisti.

L'accreditamento di eccellenza si fonda su una logica comparativa tra realtà omogenee: non si usano standard predeterminati come elementi di misurazione, ma indici di riferimento variabili perché legati al concetto di migliore pratica possibile. In altre parole, non esistono modalità standard per trattare un paziente diabetico ma esistono raccomandazioni che vengono costantemente aggiornate e possono essere modificate in base alla situazione del paziente. Quella che è considerata la migliore pratica possibile varia infatti in base al contesto e all'evoluzione scientifica. Criteri e indicatori del sistema vengono definiti per confronto e validazione tra pari (colleghi) e vengono continuamente aggiornati in quanto prendono come punto di riferimento lo stato di eccellenza raggiunto. La valutazione può essere effettuata da un gruppo di pari o da un'agenzia indipendente, ma i valutatori devono essere professionisti della sanità. La valutazione è un processo ciclico, cui la struttura si sottopone volontariamente, e che non comporta alcuna conseguenza sanzionatoria (ad eccezione del mancato accreditamento).

III - La certificazione

Si tratta di una forma di accreditamento autorizzativo facoltativo. La certificazione di qualità è l'atto mediante il quale una terza parte indipendente dichiara che un determinato prodotto o processo è conforme a una delle norme che fanno parte delle ISO 9000 (le norme che definiscono la struttura organizzativa, le procedure, i processi e le risorse necessarie ad attuare la gestione della qualità). L'azienda invia la documentazione necessaria a illustrare le sue attività (compreso il manuale di qualità che descrive le procedure ed i processi che interessano in particolare la fase di progettazione, erogazione dei servizi e valutazione) e l'organizzazione di certificazione invia un gruppo di valutatori che verificano che quanto dichiarato sia presente ed effettivamente applicato.

segue

Le eventuali carenze o difformità vengono comunicate senza fornire però indicazioni su come ovviarvi. I tentativi di certificazione in ambito sanitario in Italia sono, a tutt'oggi, molto limitati e centrati soprattutto su strutture e processi. La filosofia e gli obiettivi della certificazione sono propri di un mercato sanitario fortemente concorrenziale, dove quindi diventa indispensabile fornire al potenziale cliente tutti gli elementi per orientare la sua scelta.

Fonte: Setti Bassanini in AA.VV., *Qualità, accreditamento, indicatori*, opera citata

A proposito di certificazione ISO 9000 crediamo interessante riportare il commento che segue.

"Riforma della Sanità - Una qualità etica per gli ospedali. Nel 1998 il dipartimento Qualità dell'Università Ambrosiana, progettò il primo master per 'Responsabili di qualità nelle istituzioni sanitarie', previsti dalla Regione Lombardia. La progettazione si trovò di fronte a uno scoglio imprevisto che, per essere superato sul piano teoretico, chiese un anno di lavoro e di tensioni tra uno di noi che era un certificatore e due di noi di formazione clinica. I miei collaboratori infatti partivano dalla definizione di qualità dell'ISO 9000 applicabile a qualsiasi fabbrica di scarpe o profilattici che doveva andare bene per delle istituzioni il cui prodotto finale è la salute e la vita delle persone. Tenendo presente che l'Università Ambrosiana, nell'area medica ha la missione di promuovere la 'Medicina centrata sulla persona', che uno di noi ha ideato e sperimentato con successo nella formazione continua del medico, la cosa appariva alquanto incongruente. **Il limite della definizione di qualità dell'ISO 9000 è che la qualità proposta è centrata sul prodotto finale** e il suo significato è la valutazione dell'adattamento dell'organizzazione alle procedure di costruzione del manuale che portano a questo prodotto. È dunque una qualità senza significato e senza etica conseguente.

La qualità in medicina, invece, nasce e deve essere fondata sul valore oggettivo della vita della persona, dal concepimento alla morte naturale e sul concetto di salute, che in questi ultimi anni è completamente mutato. La conoscenza etica è dunque prioritaria. Un grande limite dei certificatori ISO è che non sono medici e dunque non conoscono l'episteme delle procedure che hanno come risultato ultimo la qualità della clinica e i metodi usati nella clinica.

Dal lavoro di ri-definizione del concetto di qualità nacque una definizione fondata su assiomi etici ed epistemologici dell'Istituzione Ospedaliera. [...]

Malgrado gli interessi esistenti in gioco apparve molto chiaro che non era sufficiente per i responsabili di qualità e per i certificatori apprendere una sterile metodologia di applicazione delle procedure di costruzione del manuale qualità ma che il processo di apprendimento stesso avrebbe comportato, come la socioanalisi insegna, un cambiamento istituzionale. Il problema fu risolto con l'aver chiaro l'obiettivo di tale cambiamento che avrebbe dovuto implementare la qualità.

La certificazione di qualità ai sensi della ISO richiede dunque una revisione metodologica dei certificatori, che nasce dalla conoscenza del senso, dell'etica e delle procedure da certificare e al tempo stesso una preparazione dei responsabili di qualità dell'istituzione che richiede una formazione di base medica o sanitaria. [...]

L'impegno encomiabile del Ministro Girolamo Sirchia, per dare alle persone delle garanzie oggettive di qualità nella sanità, deve fare i conti tuttavia con i metodi di valutazione e la formazione di base dei certificatori e dei responsabili di qualità.

La procedura di certificazione ISO 9000 senza questi requisiti può essere pericolosa, perché **può dare la patente di liceità e maggiormente motivare le procedure che con la medicina e la vita non hanno niente a che fare**. Operare un adolescente per un'appendicite, magari non necessaria, o fare un aborto, quando questo può essere prevenuto, dato che sono DRG pagati (DRG = Diagnosis Related Groups = sistema di rimborso delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate da parte del Servizio Sanitario Nazionale non più a piè di lista ma per tipo di malattia), possono essere maggiormente stimolanti, per chirurghi 'certificati' che vogliono fare bella figura con il direttore d'azienda per ricevere un buon incentivo di produzione tenendo il reparto 'pieno' e le sale operatorie in funzione. **Il primo passo dunque per una vera qualità è la formazione di responsabili di qualità interni che partano dalle risorse cosiddette 'intangibili', cioè l'etica, l'episteme, i valori e le motivazioni**¹⁰². Crediamo non si possa far altro che condividere le posizioni espresse, e sopra riportate, dal Prof. Giuseppe R. Brera, Rettore dell'Università Ambrosiana di Milano.

¹⁰² Brera G.R., *Una qualità etica per gli ospedali*, Il Sole 24-Ore, 6 Gennaio 2002

Riteniamo utile, a questo punto, cercare di spiegare brevemente che cosa sono gli indicatori.

Un **indicatore** "è un elemento che si può usare come guida per monitorare e valutare la qualità di servizi importanti per il trattamento e l'assistenza dei pazienti. Non esiste una definizione precisa di indicatori: gli indicatori possono essere aspetti dell'assistenza, pazienti con problemi, caratteristiche della struttura, interventi assistenziali, diagnostici o terapeutici; gli indicatori possono riferirsi alla struttura, al processo e ai risultati dell'assistenza. L'indicatore sostanzialmente identifica una situazione (ritenuta rilevante per il paziente e/o per l'assistenza) da osservare - valutare.

Non è necessariamente una misura diretta della qualità ma è un segnale che indica o dirige l'attenzione verso alcuni problemi specifici: infatti identifica quello che eventualmente non va, non le possibili cause; identifica una serie di problemi ma non tutti i possibili problemi.

Uno degli indicatori clinici classici, la rilevazione di un alto numero di infezioni delle ferite chirurgiche, mostra sicuramente l'esistenza di un problema, ma non le sue possibili cause, legate a esempio a problemi di struttura o di procedure eseguite in sala operatoria; abilità tecnica del chirurgo; tipo di intervento (sporco o pulito, di elezione o di urgenza); condizioni del paziente (sesso, età, stato nutrizionale, immuno depressione, ecc.); preparazione preoperatoria della cute (doccia, disinfezione); tecniche di medicazione eseguite in reparto; corretta profilassi antibiotica. [...]

La qualità dell'assistenza viene, in genere, valutata su quattro aspetti principali: struttura, processo, esito soddisfazione dei pazienti (ma anche degli operatori). Quest'ultimo aspetto viene considerato da alcuni studiosi uno dei risultati del processo di cura - assistenza¹⁰³.

Ma vediamo ora alcuni esempi di indicatori.

Indicatori di struttura: identificano i requisiti che devono essere presenti per rendere la struttura idonea ad assistere i pazienti. Valutare la struttura è

¹⁰³ AA.VV, *opera citata*

relativamente semplice perché è facilmente verificabile la presenza o assenza delle componenti necessarie per identificare la qualità della stessa. Per struttura non si intende, comunque, la mera struttura edilizia, ma anche strumentazioni, personale (professionalità e organizzazione).

Risponde alla domanda: cosa si ha a disposizione?

Alcuni indicatori di struttura

- numero di letti in una stanza
- numero di bagni rispetto ai posti letto
- tipologia di apparecchiature presenti
- numero e qualifica del personale
- presenza di spondine
- presenza di cartella infermieristica
- sistemi di sicurezza e antincendio funzionanti
- disponibilità di carrelli di rianimazione in reparto
- numero di materassi antidecubito
- presenza di protocolli assistenziali scritti
- rapporto numero personale/pazienti

Fonte: AA.VV., Qualità, accreditamento, indicatori, opera citata

Indicatori di processo: permettono di descrivere e di valutare come si sta lavorando.

Per processo si intende un insieme di attività svolte da più funzioni aziendali e finalizzato a soddisfare un bisogno dell'utente.

In un processo diagnostico terapeutico e/o chirurgico le attività che concorrono alla definizione del processo sono molto diversificate (accettazione, anamnesi, visita medica, attività strumentale, gestione farmaci, igiene ambientale, attività chirurgica, ecc.) e svolte da moltissime funzioni aziendali (divisione medica e/o chirurgica, laboratorio, radiologia, farmacia). In poche parole fa riferimento alle modalità di svolgimento delle azioni.

Risponde alla domanda: che cosa viene fatto ai pazienti durante l'erogazione dell'assistenza?

Alcuni indicatori di processo

- modalità di pulizia del cavo orale
- modalità di esecuzione del cateterismo vescicale
- somministrazione dei farmaci per la sedazione del dolore
- tipologia di dati raccolti sulle cartelle infermieristiche
- modalità di informazione dei pazienti
- le spondine vengono utilizzate sui pazienti a rischio
- modalità di prevenzione delle cadute
- frequenza del personale ai corsi di rianimazione
- abilità del personale di rianimare i pazienti
- modalità di medicazione delle lesioni da decubito
- conoscenze del personale sulle lesioni da decubito
- modificazioni della postura dei pazienti
- dati sui pazienti con lesioni da decubito raccolti in cartella infermieristica

Fonte: AA.VV., Qualità, accreditamento, indicatori, opera citata

Indicatori di esito: il risultato del processo è il servizio o prodotto ("output"). La valutazione del risultato ("outcome") misura quello che succede - o non succede - al paziente in seguito a un intervento o, complessivamente, alle cure prestate. La valutazione dell'esito è il modo più immediato per definire la qualità di un intervento, valutata in base ai risultati prodotti.

Risponde alla domanda: quali benefici ha ottenuto il paziente dalle cure che ha ricevuto?

Alcuni indicatori di esito

- numero di pazienti caduti dal letto
- numero di pazienti con lesioni da decubito
- numero di pazienti disidratati in una casa di riposo
- numero di nuovi ricoveri non programmati nei pazienti dimessi
- numero di errori di somministrazione dei farmaci
- numero di infezioni delle vie urinarie
- numero di complicanze post-chirurgiche
- numero di infezioni nosocomiali
- numero di pazienti incontinenti bagnati
- numero di rianimazioni eseguite con successo (paziente soccorso entro tre minuti e sopravvissuto)
- numero di pazienti con lesioni da decubito
- numero di lesioni insorte entro le prime 48 ore dal ricovero
- complicanze infettive da lesione
- gravità della lesione

Fonte: AA.VV., Qualità, accreditamento, indicatori, opera citata

Difficilmente un indicatore potrà essere utilizzato in modo generalizzato, vale a dire per ogni tipo di reparto, ma andrà scelto e applicato in modo specifico nel contesto che si va a valutare o per gruppo di pazienti. Per esempio "il numero di infezioni delle vie urinarie è un indicatore di efficacia della terapia in un gruppo di pazienti con infezioni ricorrenti delle vie urinarie, mentre diventa un indicatore di correttezza della tecnica di cateterizzazione in una chirurgia dove si eseguono cateterismi a breve termine. In entrambi i casi indica ovviamente la presenza di un problema ma è il tipo di problema a essere diverso"¹⁰⁴.

Gli strumenti per migliorare la qualità delle prestazioni in campo sanitario esistono: non è sufficiente, però, agire solo sulla competenza professionale dei singoli operatori ma occorre intervenire sull'intero sistema di pianificazione e gestione dell'assistenza.

Per quanto riguarda la professionalità degli infermieri, indicatore di qualità dell'assistenza, lo sforzo migliorativo perseguito dalla categoria in Italia in tanti anni di lotta è encomiabile. La migliore capacità professionale raggiunta dai nostri infermieri, grazie allo sforzo formativo intrapreso, è destinata a restare però una mera soddisfazione personale: quasi impossibile incidere sul sistema di pianificazione e gestione dell'assistenza quando la cronica carenza di risorse umane porta a lavorare in condizioni di "tamponamento" dell'emergenza con l'affiancamento di personale assolutamente non addestrato che oltretutto, troppo spesso, non conosce nemmeno l'abc della nostra lingua. Chiediamoci, in siffatta situazione, quale può essere la qualità percepita dal paziente.

6.e - La formazione

La formazione, in qualunque ambito professionale, ma non solo, riveste un ruolo fondamentale e irrinunciabile.

A maggior ragione, una solida formazione è bagaglio indispensabile, a parere di chi scrive, per le professioni, quali quelle sanitarie, che hanno come imperativo etico *Primum non nocere*.

¹⁰⁴ AA.VV., *opera citata*

Una formazione di base capace di far interiorizzare il senso critico, il bisogno di conoscere, di capire, e non già semplicemente nozionistica, che stimoli il bisogno di un costante aggiornamento clinico e scientifico - ancora prima che ciò diventi un obbligo di legge come d'altronde lo è già - è indispensabile per preparare il futuro professionista che si pone al servizio del cittadino che è alla ricerca del soddisfacimento del suo bisogno di salute.

Sul percorso formativo del "nuovo" infermiere ci si è già soffermati al punto 4.e del Capitolo 4. Il raggiungimento di una professionalità autonoma, sebbene non ancora riconosciuta dai più, sostenuta da un curriculum di studi faticoso ma indispensabile, con l'obbligo dell'aggiornamento continuo, dovrebbe tutelare maggiormente il paziente.

La formazione di base. La laurea di primo livello - tre anni dopo il diploma di scuola media superiore - è il requisito per accedere, oggi, alla professione infermieristica. Il percorso formativo è suddiviso tra i corsi di teoria e il tirocinio clinico: un'opportunità per applicare sul campo le conoscenze teoriche e apprendere e implementare le proprie capacità tecniche e manuali.

Ed è qui, in questo periodo, che andrebbero poste le basi per ridurre al minimo gli errori in corsia perché la formazione di base poco o nulla sta facendo per addestrare i futuri infermieri e, pensiamo, anche i futuri medici, a prevenire l'errore in corsia. Si chiede il Prof. Pierangelo Bonini, Direttore Servizio Integrato Medicina di Laboratorio IRCCS San Raffaele di Milano "Come mai nei corsi di formazione universitaria e post universitaria dei medici e degli altri sanitari non si insegna la **teoria degli errori** e il modo di affrontare questi errori"?

"Eliminare gli errori medici non è possibile, ma ridurli al minimo si può. Negli Stati Uniti, dove le richieste di sanzioni e risarcimenti sono pratica quotidiana, tanto che avvocati e giudici interferiscono sempre più frequentemente nel rapporto tra medico e paziente, c'è però negli ospedali l'abitudine di convocare periodicamente riunioni dei medici e degli infermieri **per discutere a viso aperto gli errori compiuti, per apprendere cioè dalle esperienze negative a non ripeterle.** Solo in casi rari ciò viene fatto in Italia.

Oltre a questo, molto può valere l'impegno delle università a formare medici e

infermieri colti e qualificati, il loro aggiornamento e la loro formazione continua per stare al passo con le novità scientifiche, e come base di tutto deve esserci una maggiore attenzione alla persona del malato, alle sue esigenze e alle sue richieste. A questo lavoro possono contribuire i Comitati etici, organismi che esistono nelle maggiori strutture sanitarie e che, pur non dovendo interferire con le responsabilità professionali e organizzative dei servizi, possono indirizzare verso una formazione più attenta a 'prenderci cura' dei malati e stimolare una maggiore equità nell'accesso e nella qualità delle cure"¹⁰⁵.

Al fine di garantire una formazione adeguata agli studenti sembra fondamentale l'affiancamento di infermieri esperti che espletino la necessaria supervisione durante il periodo di tirocinio. Infermieri esperti anche, per quel che ci riguarda, nell'individuare le situazioni di pericolo, a prevenire e a discutere gli errori, a non colpevolizzare chi ammette e denuncia il proprio errore.

Studenti in corsia: esperienza di un'equipe infermieristica nella formazione degli infermieri laureandi

Il reparto di Chirurgia I Uomini dell'ospedale S. Bortolo storicamente è sempre stato un reparto scuola. Questo fatto ci ha consentito negli anni di maturare una esperienza formativa di grande rilievo, spaziando dalla precedente formazione della scuola regionale alla attuale formazione universitaria. A Vicenza infatti è presente una sede staccata della Università di Verona.

Le problematiche che investono direttamente il reparto riguardano in particolare modo la programmazione del tirocinio. Esso risulta essere frutto di molteplici fattori: l'esperienza dello staff della scuola, i vincoli scolastici universitari (esami, appelli, ecc.), le osservazioni da parte dei reparti scuola.

Nella nostra realtà, inoltre, abbiamo dovuto affrontare ulteriori difficoltà legate a un completo turn over del personale infermieristico che si è verificato nell'arco di poco tempo. Tuttavia non pare questo abbia compromesso l'aspetto formativo nei confronti degli studenti.

Tutti gli infermieri presenti in reparto partecipano alla formazione degli studenti, sia con la presenza in aula nei laboratori, sia con riunioni periodiche di reparto e formazione specifica, guidandoli infine nel tirocinio.

Inizialmente c'era tanto timore da parte del gruppo infermieristico, per senso di inadeguatezza e paura di non essere all'altezza: cosa potremmo insegnare noi con il diploma regionale ai nuovi infermieri che frequentano l'università?

segue

¹⁰⁵ Berlinguer G., *Gli errori dei medici*, Il Mattino di Napoli, 23 Febbraio 2001

In aiuto ci è giunta la pratica quotidiana, e abbiamo compreso che il bisogno formativo, le paure, le ansie, le curiosità degli studenti sono le stesse di chi aveva frequentato la scuola regionale con la differenza che questi studenti hanno maggiori conoscenze teoriche e capacità di assumere e applicare decisioni maggiormente motivate.

Il problema iniziale stava, secondo noi, nella scelta delle mansioni che si potevano affidare a loro. Con l'esperienza, invece, ci siamo resi conto che il vero problema è quello di rendere lo studente responsabile sui risultati. Il progetto formativo è reso così possibile in quanto fondato su una filosofia pedagogica che pone al centro lo studente, in un processo scandito da obiettivi chiari e definiti.

Un compito importante è svolto dal tutor in quanto svolge un ruolo essenziale nel definire gli obiettivi e una sorta di "contratto formativo".

Anche la Capo Sala di reparto ha un ruolo fondamentale, soprattutto nella misura in cui sa porsi come interfaccia tra studente e contesto organizzativo e, in particolare:

- sa creare un ambiente formativo adeguato, accogliere lo studente e seguirne l'inserimento
- sa informare e coinvolgere tutte le figure presenti in reparto (gli infermieri come guide, i medici per l'insegnamento clinico, gli OTA come personale di supporto)
- sa partecipare con i tutor clinici alla progettazione del tirocinio.

L'infermiere a sua volta deve:

- saper stimolare lo studente a esplicitare le conoscenze scientifiche e tecniche nel momento della loro applicazione
- saper motivare ed esplicitare i processi decisionali dell'azione infermieristica
- saper affinare le capacità dello studente nell'esecuzione di mansioni e manovre
- saper far riflettere lo studente sugli errori commessi, in quanto diventino un punto di partenza per migliorarsi e non un freno formativo
- saper contribuire alla valutazione finale.

Vantaggi per il reparto

In particolar modo risultano essere tre gli aspetti che costituiscono un vantaggio per un reparto scuola:

aspetto motivazionale: per l'équipe è uno stimolo nuovo rispetto alla normale routine, diventa stimolante aggiornarsi, studiare, confrontarsi e discutere tra colleghi sul percorso formativo e sull'organizzazione del lavoro al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e creare un clima di collaborazione e di confronto;

aspetto educativo: allenarsi a collegare la teoria con la pratica soprattutto attraverso l'esplicazione di conoscenze nel rispetto del paziente e dell'organizzazione del lavoro;

aspetto relazionale: si nota un miglioramento dei rapporti interpersonali tra studenti, infermieri, altri operatori sanitari e pazienti. Stabilire un rapporto amichevole rende il tirocinio una bella esperienza e fa capire che la nostra professione funziona solo se all'interno del gruppo c'è un buon clima di rispetto, collaborazione, umiltà, senso di empatia, autocontrollo e sicurezza.

segue

Svantaggi e difficoltà per il reparto

Anche le difficoltà non mancano. Esse possono essere così puntualizzate:

- il periodo di tirocinio è spesso troppo breve per formare, rendere autonomo, conoscere e valutare lo studente
- la responsabilità della valutazione comporta la necessità di acquisire capacità critica
- il mancato riconoscimento dell'impegno profuso nel proprio curriculum professionale
- il rallentamento dei tempi dei piani di lavoro
- la responsabilità legale dell'infermiere sull'operato dello studente.

Nonostante ciò, risulta tuttavia stimolante il fatto che lo studente riconosca la competenza degli infermieri e ritenga il nostro reparto adeguato alle loro necessità di apprendimento.

Questi segnali positivi per la nostra esperienza formativa pluriennale ci hanno portato a intraprendere una nuova sfida: accreditare il reparto per la formazione degli studenti universitari.

Fonte: Infermieri Informati, Numero 2 anno 2001

Un'esperienza interessante raccontata sulla rivista IPASVI di Vicenza¹⁰⁶.

Ci si chiede se l'affermazione "saper far riflettere lo studente sugli errori commessi, in quanto diventino un punto di partenza per migliorarsi e non un freno formativo" sottintenda che anche gli infermieri di reparto sono disponibili a riflettere e ammettere sia i quasi errori che gli errori da essi stessi commessi. Questa si sarebbe formazione di alto livello.

A proposito di responsabilità dell'infermiere per l'operato dello studente, si riporta il seguente caso pubblicato dalla Legal Eagle Eye Newsletter.

Lo studente in tirocinio

L'allieva infermiera, a quel livello di studi, aveva ricevuto l'insegnamento necessario per capire come assistere la paziente.

L'allieva testimoniò di essere stata addestrata ad assistere i pazienti nella deambulazione e nel trasferimento.

L'infermiere supervisore testimoniò che la paziente necessitava di qualcuno che le stesse sempre accanto, a distanza di sicurezza, durante la deambulazione.

Corte di Appello dell'Ohio, 1996

¹⁰⁶ Cesta A., Segnanfredo M.A., Bonanni S., *Studenti in corsia: esperienza di un'équipe infermieristica nella formazione degli infermieri laureandi*, Infermieri Informati, Numero 2, anno 2001

La documentazione della paziente indicava che aveva delle consistenti difficoltà nel mantenere l'equilibrio e che a causa di questo necessitava di assistenza nel mantenimento della posizione eretta o nella deambulazione, che effettuava con l'ausilio di un bastone, e durante i trasferimenti da un posto all'altro. Era caduta all'indietro sei giorni prima ma era stata presa per tempo e fatta sedere sul pavimento senza subire danni. Era però terrorizzata dall'idea di cadere nuovamente e aveva bisogno non solo di assistenza fisica ma anche di incoraggiamento nel camminare.

Secondo la Corte di Appello dell'Ohio, l'allieva infermiera aveva letto la cartella della paziente e sapeva della sua debolezza e della sua mancanza di equilibrio. Ciononostante l'allieva l'aveva aiutata ad alzarsi dalla comoda, l'aveva lasciata in piedi appoggiata al bastone in bagno, aveva aperto la porta e aveva cercato di sistemare la sedia a rotelle in attesa che la paziente la raggiungesse per aiutarla quindi nel trasferimento. La paziente fece un passo, cadde all'indietro e rimase ferita.

La Corte decise che l'istituzione doveva essere ritenuta responsabile per gli errori dell'allieva come se l'errore fosse stato commesso da un'infermiera professionale.

Fu anche accettata la testimonianza di un'infermiera insegnante secondo la quale un'allieva a quel livello di corso avrebbe dovuto sapere, al pari di una infermiera diplomata, di dover stare vicino a questa paziente durante la posizione eretta o durante la deambulazione con l'ausilio del bastone. Non assistere in modo adeguato un paziente in queste condizioni è sinonimo di negligenza della qual cosa è responsabile la struttura che ospita il paziente¹⁰⁷.

L'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.). L'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) è diretta a fornire a tutti gli operatori sanitari gli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti. Comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, che hanno lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità.

¹⁰⁷ Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession(5)11 Nov 97, *Student Nurse Did Not Properly Assist Patient - Hospital Liable for Negligence*, libera traduzione della scrivente

In Italia il programma E.C.M. è stato istituzionalizzato dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

La elaborazione del programma di E.C.M. è stata affidata a una Commissione Nazionale per la Formazione Continua che ha il compito di definire il numero di crediti formativi che devono essere maturati da ogni operatore in un determinato arco di tempo e stabilire le modalità di accreditamento dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative.

A partire dal 1 gennaio 2002 il programma dell'E.C.M. è applicato a tutte le categorie professionali sanitarie (dipendenti, convenzionati o libero professionisti) e cioè a circa 800.000 professionisti. I crediti per il primo quinquennio sono stati fissati in complessivi 150 con un obbligo progressivo di acquisizione di crediti a partire da 10 per il primo anno fino a 50 per il quinto anno (10-20-30-40-50)¹⁰⁸.

Ma vediamo alcuni commenti della stampa sull'argomento.

"Formazione dei medici, parte la corsa ai crediti - Decolla il programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), cioè la formazione 'a punti' per il personale sanitario (**non solo medici, è questa la specificità rispetto all'Europa**). [...] Ogni operatore sanitario (circa 900mila persone tra medici, infermieri e tecnici del servizio sanitario) deve 'conquistare' 150 crediti formativi nell'arco di un quinquennio"¹⁰⁹.

"Sanità: al via raccolta punti per medici e infermieri. Ma il sistema educazione continua parte bocciato da ordini. (ANSA) - Roma, 21 Marzo - Conto alla rovescia per tutto il personale sanitario che dal primo aprile dovrà iniziare la raccolta punti per mettere assieme 150 bonus in 5 anni che attestino la loro presenza ai corsi, seminari e convegni. Dopo mesi di sperimentazione parte così l'E.C.M. (educazione medica continua) che **riguarda tutto il personale sanitario** e che coinvolge circa un milione di lavoratori. Ma l'E.C.M. parte fra le polemiche con una dura critica degli ordini professionali delle due categorie più importanti, quella dei medici e degli infermieri. [...] Troppe poi le incognite sul funzionamento del sistema che rappresenta una vera e propria rivoluzione: manca infatti la sanzione per chi non vuole studiare ma anche la disponibilità di fondi per contribuire alla formazione che

¹⁰⁸ Ministero della Salute, Circolare 5 marzo 2002, n. 448

¹⁰⁹ Il Sole 24 Ore, *Formazione dei medici, parte la corsa ai crediti*, Giovedì 3 Gennaio 2002 - N. 2 - pag. 17

per ora sembra pesare solo sulle tasche dei medici, infermieri, farmacisti, tecnici sanitari e veterinari che dovranno proseguire il proprio aggiornamento professionale per tutta la loro vita lavorativa"¹¹⁰.

"Camici con il bollino blu. Corsi e stage. Seminari e congressi. L'obbligo dell'Educazione continua in medicina (in sigla, E.C.M.) coinvolge a partire da aprile medici, odontoiatri, infermieri, veterinari, biologi, chimici, ostetriche. [...] In qualunque caso sarà difficile sottrarsi all'obbligo di aggiornamento, visto che i camici bianchi dovranno far registrare all'Ordine il punteggio accumulato annualmente. E se, dopo i primi tre anni, un professionista non avrà raggiunto il punteggio minimo, si vedrà vietare la possibilità di ampliare il numero di pazienti. Nel tempo, la Asl potrà addirittura negare il rinnovo della convenzione. [...] Il programma di E.C.M. è già obbligatorio in Gran Bretagna, Olanda, Svizzera, Slovacchia, Croazia, Repubblica Ceca ma **l'Italia è l'unico Paese ad averlo esteso a tutte le figure della sanità**. E per gli assistiti che cosa cambia? 'Il paziente potrà avere la garanzia che il medico, aggiornato e preparato, lo indirizzerà verso i farmaci più efficaci, gli accertamenti clinici e le cure più nuove, gli interventi più moderni' sintetizza Ivan Mussi, presidente dell'Associazione dei medici di base di Milano est"¹¹¹.

"Ssn: parte zoppa la formazione continua - Tra le professioni sanitarie l'aggiornamento coinvolge in massa solo medici di base e infermieri. Partenza zoppa per il programma di educazione continua in medicina, destinato a garantire agli oltre 800mila operatori del settore sanitario pubblico e privato l'aggiornamento obbligatorio necessario a conseguire i crediti che servono per continuare a svolgere la propria professione. Su un totale di 8.736 eventi 'residenziali', come convegni e corsi di aggiornamento, proposti dai 'provider' diversi (enti, aziende sanitarie) per il periodo aprile-giugno, solo 3.561 (40,76%) hanno a oggi completato il percorso di validazione per l'inserimento nella banca dati E.C.M. (Educazione medica continua): sono stati cioè valutati dagli esperti, ottenendo l'assegnazione dei crediti e hanno dunque le carte in regola per fornire l'aggiornamento previsto. A documentare vizi, virtù e ritardi dell'ambizioso progetto E.C.M. - **unico in Europa a prevedere l'aggiornamento per tutte le professioni sanitarie e non solo per i medici** - sono

¹¹⁰ Salutebenessere.tv, *Sanità: al via raccolta punti per medici e infermieri*, 21-03-2002

¹¹¹ Tiscornia P., *Camici con il bollino blu*, Io Donna, 30 Marzo 2002

le statistiche aggiornate messe a punto dal Ministero della Salute in vista del 'Forum Sanità Futura' in programma a Cernobbio".¹¹²

Al di là delle prime considerazioni, scettiche e dubbiose come per tutto ciò che ha sapore di novità nel nostro Paese, è estremamente interessante venire a conoscenza che l'Italia, unica tra le circa dieci nazioni europee che hanno introdotto l'E.C.M., ha capito l'importanza dell'aspetto formativo degli operatori sanitari decidendo di estendere l'aggiornamento continuo in medicina a tutti i professionisti della salute. Un'ulteriore conferma della volontà di migliorare la qualità del servizio sanitario, di garantire una maggiore sicurezza all'utente e, si spera, un primo passo per dare il giusto riconoscimento di merito a chi cerca di aumentare le proprie conoscenze apportando valore aggiunto alla capacità professionale personale e a quella della struttura in cui opera.

Sempre in tema di formazione giunge un'altra notizia curiosa: quella che "[...] la medicina sperimenta la **formazione a distanza** grazie al satellite e rende possibile la didattica e la partecipazione a interventi chirurgici in diretta. Il progetto si chiama SkyMed [...]. Per l'Italia, a partire da settembre, a testare l'utilizzo delle tecnologie satellitari applicate all'e-learning (apprendimento telematico, ndr) sono le Asl del Veneto (Verona, Padova, Vicenza, Treviso, Rovigo, Venezia e Bassano del Grappa). [...] I corsi inseriti nel progetto SkyMed riguarderanno le tecniche della chirurgia e dell'anestesia, il trattamento pre e post-operatorio, l'attività infermieristica e l'organizzazione e la qualità dei servizi di 'day surgery' [...]"¹¹³.

Sarebbe legittimo chiedersi a questo punto se tra le tante proposte di aggiornamento ce ne sia almeno qualcuna destinata a formare gli operatori sanitari, ma soprattutto i medici e gli infermieri, sul tema della sicurezza nell'esercizio della pratica medica e infermieristica (rischio clinico, errore in medicina, malasanità, "nursing malpractice", eventi sentinella, reazioni avverse da farmaci, negligenza, distrazione, controllo e gestione dei rischi, ecc.).

È stato in realtà trovato il programma di un corso di formazione di tre giorni, in attesa crediti E.C.M., proposto dall'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano avente come tema "RISCHIO CLINICO: Errore in Medicina -

¹¹² Todaro S., *Ssn: parte zoppa la formazione continua*, Il Sole 24 Ore del Lunedì, 15 Aprile 2002, pag. 19

¹¹³ Benanzato A., *Medici e infermieri - Dalla corsia al satellite*, @lfa il Sole 24 Ore, Venerdì, 12 Luglio 2002

Sicurezza del paziente". Un corso presentato da un'Azienda Ospedaliera che già nel Maggio 2002 aveva organizzato un "workshop" sullo stesso tema e quindi senz'altro attenta a questa problematica.

È sperabile che vi siano altre proposte (magari già ci sono), sparse nel nostro Paese in modo che il tema possa raggiungere un grande numero di operatori sanitari per una nuova filosofia di comportamento: apprendere dall'errore, imparare a denunciare e discutere l'errore, rilevare il quasi errore, riuscire ad ammettere il proprio errore con i colleghi perché certi di trovare comprensione (che non significa - attenzione - che il responsabile non viene condannato se il caso è grave!) - perché l'errore, purtroppo, può capitare a chiunque e spesso in modo inaspettato.

A conclusione citiamo i risultati sorprendenti di una ricerca della statunitense Amy C. Edmondson, Professore della Harvard Business School, pubblicati sulla rivista *Administrative Science Quarterly* con il titolo "La sicurezza psicologica e il comportamento di apprendimento nelle compagini lavorative". La Edmondson ha compiuto uno studio comparativo tra otto équipes infermieristiche di due ospedali per conoscere quali erano le squadre che riuscivano ad apprendere meglio e perché. Si è proposta di correlare il tasso di errori delle équipes nell'assistenza al paziente - una misura dell'apprendimento - utilizzando fattori di comparazione quali le capacità del dirigente infermieristico di ogni équipe, l'equilibrio e lo stato d'animo, il livello personale di soddisfazione di ciascun infermiere. E aveva annunciato che i risultati sarebbero stati scontati: le équipes più "felici", più equilibrate, stabili, con un dirigente capace avrebbero senz'altro denunciato meno errori.

Il risultato fu tutt'altro. Le équipes che davano un responso più che positivo su le interazioni tra i componenti, quelle più stabili, quelle che ricevevano indirizzi sui risultati da raggiungere, erano quelle che denunciavano un maggior numero di errori. Dice la Edmondson: "Ho perso del tempo a capire che cosa c'era di sbagliato nella registrazione dei dati raccolti e nelle mie conclusioni ma alla fine mi sono resa conto che i dati indicavano il livello di tranquillità e di fiducia, la mancanza di disagio, nel riportare gli errori". Le squadre con il più alto numero di errori dichiarato erano quelle più integrate e con buone relazioni interpersonali sia con i colleghi che con i dirigenti i quali erano capaci di creare un atmosfera informale, aperta, rilassata.

Ulteriori ricerche hanno rivelato che le squadre che riportavano il maggior

numero di errori erano condotte da dirigenti che mostravano rispetto per i propri subordinati e che promuovevano un metodo di lavoro collaborante e "problem solving" (risoluzione del problema). Per contro, le squadre con pochi errori lavoravano guidate da dirigenti autoritari e i componenti la squadra erano frequentemente indotti a biasimarsi reciprocamente per gli errori commessi. Secondo la Edmondson **"le tecniche dirigenziali che impediscono alle persone di riflettere sui propri errori creano una barriera all'apprendimento"**¹¹⁴.

Anche questo può essere un suggerimento utile per l'avvio di una strategia di contenimento dell'errore, cioè dell'imparare dall'errore.

6.f - Iniziative varie

Qualcosa, nella Sanità, si sta muovendo per prevenire l'errore e migliorare la qualità del servizio. Le iniziative sembrano però ancora scarse e non ben coordinate: è vero che l'esperienza dei Paesi che già hanno avviato azioni in questo settore può aiutare ma è anche vero che tutto va calato nella realtà nazionale, prima, e locale, poi.

Ci fa ben sperare, però, quanto è successo nel campo dell'anestesiologia.

"I progressi maggiori nella gestione degli errori sono stati fatti in anestesiologia, molto più sicura oggi che 25 anni fa. All'inizio degli anni 80 moriva per anestesia una persona ogni 5mila. Oggi il tasso di mortalità è uno su 200-300mila, 40 volte più basso.

Ogni anno, un piccolo numero di pazienti moriva nelle sale operatorie perché il tubo dell'ossigeno veniva inavvertitamente collegato a quello dell'anestetico e viceversa. Ora non succede quasi più, perché le macchine sono state costruite in modo che solo i tubi giusti si possano collegare e così non sia possibile sbagliare. In più, l'introduzione di alcuni strumenti come l'ossimetro da polso ha permesso di accorgersi per tempo quando al paziente manca ossigeno"¹¹⁵.

Proponiamo ora una breve carrellata dell'esistente, poco come già detto, e di quello che alcuni si accingono a fare.

¹¹⁴ Pierce R., *Leading Research - Learning Curve, Research by Amy C. Edmondson*, Harvard Business School

¹¹⁵ Palmerini C., *Errori in Corsia. Se li conosci li eviti*, Panorama on line, 4/5/2001, pag. 4

Interventi chirurgici: abbiamo scritto poco sopra del successo ottenuto nella progressiva riduzione degli incidenti mortali in sala operatoria che erano dovuti allo scambio erroneo tra i tubi dell'ossigeno e degli anestetici, l'Ospedale Maggiore di Bologna si prefigge ora di ridurre ulteriormente il numero di errori commessi durante gli interventi chirurgici.

Come? Installando in sala operatoria una specie di **scatola nera** che "Comprende un sistema informatico che registra tutti i dati vitali del paziente e una telecamera che riprende in diretta i chirurghi, anestesisti e infermieri. Evidenziando tutti i possibili errori operatori, si possono così migliorare le prestazioni chirurgiche e dare maggiori garanzie ai pazienti"¹¹⁶.

"La 'flight-record' (più conosciuta come scatola nera) è il sistema di 'recording' avanzato montato da tempo sui grandi jet di linea, con il compito di registrare tutti i fatti tecnici della vita di bordo durante un volo, [...] Per fare fronte e risolvere definitivamente un problema altrettanto grave, quello della malasanità in sala operatoria (in Italia sono 8mila i pazienti che quotidianamente si sottopongono a un intervento chirurgico), l'Ospedale Maggiore di Bologna ha studiato e realizzato un sistema che - qualora fosse applicato su larga scala e perlomeno obbligatoriamente negli interventi di maggiore complessità - potrebbe finalmente mettere la parola fine all'inaccettabile fenomeno che purtroppo accade sempre più spesso sul tavolo operatorio. Stiamo parlando delle anestesie sbagliate, delle garze e degli strumenti chirurgici lasciati all'interno degli organi su cui si interviene e dei processi infettivi che si vengono a determinare in seguito alla mancata adozione delle necessarie norme di profilassi. La cosa più inaccettabile è che, quando ci scappa il morto (scusate la brutalità, ma questi sono i termini della questione), non si trova (quasi) mai il colpevole, in quanto tutta la struttura sanitaria cerca di proteggere se stessa, coprendo chi ha fatto un errore oppure chi ha mancato al proprio dovere. [...] In attesa dei prossimi sviluppi, diamo atto all'Ospedale Maggiore di Bologna sia di avere trovato una soluzione tecnica valida e attuabile in tempi rapidi sia di avere avuto il coraggio di fare da battistrada su un terreno minato"¹¹⁷.

¹¹⁶ Io Donna, *Scatola nera in sala operatoria*, 26 Maggio 2002, pag. 227

¹¹⁷ Vnunet, *La scatola nera arriva in sala operatoria*, 03-06-2002, VNU Business Publications Italia s.r.l.

Farmaci: "Agli Ospedali Riuniti di Bergamo un'iniziativa per misurare gli errori nella prescrizione e somministrazione di farmaci è stata interrotta, anche se con il proposito di riprenderla appena possibile. 'Infastidiva un po' i medici e c'era anche ritrosia da parte degli infermieri che dovevano riportare gli errori' racconta Gianmariano Marchesi, responsabile del Centro di Rianimazione"¹¹⁸.

Gli errori nella somministrazione dei medicinali, ricette scritte o lette male, dosi sbagliate o date al paziente sbagliato, sono tra gli incidenti più frequenti. Secondo uno studio americano, possono essere errate fino a 12 prescrizioni su 100. Nella stragrande maggioranza dei casi, senza conseguenze gravi, ma qualche volta fatali¹⁰².

Il carrello "intelligente". "Per prevenire i rischi di possibili errori negli ospedali è stato messo a punto il 'carrello intelligente' che presto diventerà irrinunciabile per ogni caposala per la gestione delle terapie. Si tratta di un sistema mobile progettato in modo che è in grado innanzitutto di 'identificare' il paziente tramite un braccialetto magnetico contenente i dati anagrafici del malato. Una penna ottica legge i dati personali e il computer del carrello prepara e somministra i farmaci nella dose giusta precedentemente decisa dal medico. Inoltre la cassetteria è automatizzata, in modo da evitare che i farmaci vengano 'confusi'. Il carrello è anche stato dotato di dispositivi che permettono di monitorare in tempo reale tutti i parametri vitali dell'ammalato"¹¹⁹. Questo carrello è stato progettato e sperimentato in alcuni reparti dell'Ospedale San Raffaele di Milano.

Sarà un carrello, seppure "intelligente", capace di ridurre il rischio di errori nella somministrazione dei farmaci?! Attendiamo con curiosità e interesse i risultati della sperimentazione.

Distribuzione di farmaci in dose unitaria. "La metodica di distribuzione di farmaci in dose unitaria è una realtà consolidata nei Paesi anglosassoni e si va espandendo in Europa (Olanda, Belgio, Francia, Spagna), Paesi in cui il personale

¹¹⁸ Palmerini C., *Errori in corsia. Se li conosci li eviti*, Panorama on line, 4/5/2001, pag. 5

¹¹⁹ Margreth A., *Stop agli errori negli ospedali - Un sistema di controllo per eliminarli*, Panorama, 28.09.2002 pag. 7

farmacista esplica la sua attività anche a livello di reparto. Nella realtà italiana si ha invece una centralizzazione dell'attività di farmacia; si è dovuto perciò cercare una soluzione sia di metodica manuale che automatizzata che rispettasse le caratteristiche del sistema.

La distribuzione in dosi unitarie è una metodica di gestione del farmaco basata su di una diversa concezione del rapporto farmacia - reparto - paziente. Nasce dall'esigenza di personalizzare l'impiego dei farmaci, ridurre e standardizzare le scorte dei reparti e avere le informazioni delle terapie registrate e disponibili in linea con vantaggi per tutti gli operatori che gestiscono i farmaci, dalla prescrizione alla somministrazione.

L'idea centrale è che la farmacia rifornisca giornalmente la terapia di ogni singola persona ricoverata superando così lo stoccaggio in reparto delle multiconfezioni tradizionali e i relativi problemi di gestione. Le giacenze degli armadi di reparto vengono così ridotte, concordate e standardizzate alle quantità necessarie alle sole urgenze o alle variazioni estemporanee alle terapie giornaliere.

L'Azienda USL di Reggio Emilia sta sperimentando la distribuzione del farmaco in dose unica in alcuni ospedali della provincia. La sperimentazione è stata resa possibile dalla riorganizzazione informatica messa in atto dall'Azienda stessa con la creazione di un Centro Unico delle Prenotazioni (CUP), una sola anagrafe assistiti provinciale, una rete che collega più di 1000 stazioni di lavoro sparse per la provincia e che mette in comunicazione regione, amministrazione provinciale, comuni, case di riposo, strutture semiresidenziali, farmacie¹²⁰.

Bugiardini. Si chiama bugiardino perché, in origine, il foglietto contenuto nelle confezioni dei farmaci serviva a promuovere il prodotto e quindi ne enfatizzava i pregi, tacendo molto spesso i rischi.

"Non hanno più segreti i foglietti illustrativi dei farmaci, i cosiddetti bugiardini: ora il '**Farmadizionario**', un manuale, spiega il significato dei termini usati nel settore medico e farmaceutico"¹²¹.

¹²⁰ <http://www.ausl.re.it/ausl/ced/netced.htm>, Servizio di Informatica, da Il Sole 24 Ore Insetto Sanità del 25-31 Gennaio 2000

¹²¹ Proto R., *I farmaci con parole tue*, Corriere Salute, 31 Marzo 2002

Il Farmadizionario nasce da un progetto realizzato dalla ASL 3 Torino, progetto condotto distribuendo nel 2000 agli utenti della stessa ASL, 10.000 schede. Gli utenti hanno potuto segnalare, con queste schede, le parole ritenute poco comprensibili nei foglietti illustrativi dei medicinali. Le informazioni fornite dai cittadini sono state elaborate ed è nato questo manuale che ha la finalità di spiegare in modo chiaro e comprensibile il significato dei termini più usati nei bugiardini. È stato presentato nel 2001 e distribuito in 5.000 copie ed è in attesa di ristampa. Per una maggiore diffusione il farmadizionario è reperibile anche in internet nel sito <http://www.asl3to.it/farmadizionario/c.pdf>: rappresenta indubbiamente una valida iniziativa, è di facile consultazione, semplice nelle spiegazioni e veramente accessibile, per la comprensione, a tutti.

Sempre per la maggior chiarezza dei foglietti illustrativi dei medicinali c'è anche l'annuncio del Ministro della Salute Girolamo Sirchia di un accordo con Farindustria la quale si è impegnata a sostenere i costi delle modifiche dei bugiardini per renderli "a misura di anziano". Secondo questo progetto "le voci tradizionali dei nuovi foglietti saranno sostituite da una serie di **domande e risposte** con istruzioni molto chiare del tipo: 'va preso a stomaco pieno oppure a digiuno?' 'due volte al giorno, dopo i pasti'.

Il **linguaggio** sarà **più semplice** perché si rivolgerà solo ai pazienti (i medici avranno una scheda tecnica): alcuni termini come 'posologia' o 'interazioni' verranno sostituiti con 'dosi' e 'quali medicinali o alimenti possono modificare l'effetto del farmaco'. Verrà aumentato il corpo tipografico: le lettere saranno più grandi, per agevolare la lettura anche alle persone anziane"¹²².

Errori nella somministrazione dei farmaci. Si segnala che negli Stati Uniti è stato realizzato un "database" per la raccolta, a livello nazionale, delle segnalazioni di qualunque tipo di errore intervenuto nella somministrazione dei farmaci (MedMARx). Il programma include un "database" anonimo, accessibile tramite internet. I dati inviati dagli ospedali collegati vengono raccolti e immagazzinati a livello centrale dall'ente che ha realizzato il programma, la USP - U.S. Pharmacopeia

¹²² Di Frischia F., *Farmaci, foglietti illustrativi più chiari*, Corriere della Sera, 3 Marzo 2002

- organizzazione non governativa senza fini di lucro, analizzati ed elaborati per interventi educativi e di ricerca. Il programma è stato studiato per aiutare a ridurre il numero di errori nella somministrazione di farmaci in ospedale migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza: un contributo importante per abbassare i costi sia economici che psicologici collegati a questi errori¹²³.

IPROB (Intelligent Patient Record for Obstetrics) = Archivio Pazienti Intelligente per Ostetricia. L'ostetricia è uno dei campi in cui maggiore è il rischio di incorrere in casi di "malpractice" per errori di somministrazione farmaci e di trattamento. Negli Stati Uniti, secondo l'ideatore di questo archivio, gli specialisti pagano fino a 120.000 dollari all'anno per un'assicurazione che copra i casi di negligenza medica e sono 89.000 all'anno le morti in ostetricia dovute a errori medici.

Ecco un esempio di come un tragico e fatale errore è stato evitato usando l'archivio proposto. Una giovane infermiera del Baystate Medical Center, Massachussets, aveva ricevuto l'ordine di somministrare della pitocina - un farmaco che induce il travaglio - a una donna gravida che si trovava nel reparto di ostetricia. Come vuole la prassi l'infermiera aveva registrato l'informazione nel computer installato vicino al letto della paziente ma, con sorpresa, notò che il programma rifiutava di permetterle la somministrazione del farmaco. Confusa e allarmata, si rivolse a un'infermiera esperta la quale chiese spiegazioni al computer. Fu subito chiaro che c'era stato uno scambio di pazienti: la donna che avrebbe dovuto ricevere la pitocina per la induzione del travaglio era invece una paziente nella 26ma settimana che soffriva di contrazioni premature. La pitocina avrebbe fatto terminare erroneamente e fatalmente la gravidanza a rischio.

L'archivio è stato ideato per il reparto di ostetricia perché il realizzatore è uno specialista del ramo ma potrebbe essere adattato a qualunque altro reparto¹²⁴.

La qualità relazionale: in questi ultimi anni il Servizio Sanitario Nazionale ha cercato di incrementare la qualità relazionale con gli utenti del servizio

¹²³ <http://www.usp.org>

¹²⁴ Siegel-Itzkovich J., *Israeli doctors create computer colleague*, The Jerusalem Post, April 16, 2001

migliorando lo scambio di informazioni con il pubblico ma molto resta ancora da fare.

"L'attenzione ai destinatari delle prestazioni offerte dal servizio sanitario nasce da una diffusa consapevolezza, nei cittadini e nella pubblica amministrazione, che è necessario ripensare la configurazione e i modi di esercizio dei servizi pubblici riorientandone l'attività verso quella che è la ragione stessa della loro esistenza: i cittadini. Servono procedure rapide e semplici, la disponibilità di informazioni e l'accessibilità dei servizi e degli uffici destinati ai rapporti con il pubblico, la rilevazione delle opinioni e del grado di soddisfazione degli utenti e delle loro proposte di definizione dei servizi e dei loro contenuti.

L'organizzazione complessiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) **non** ha ancora saputo mettere il paziente al centro del sistema, sebbene numerosi provvedimenti della pubblica amministrazione abbiano posto specifica attenzione a tale obiettivo.

L'adozione della **Carta dei Servizi**, l'istituzione degli **Uffici di Relazione con il Pubblico** (URP), l'attuazione di indagini di soddisfazione, e la raccolta dei reclami sono attività monitorate nel SSN. Il volume 'La qualità dei servizi al cittadino nel Servizio Sanitario Nazionale, Valutazione dello stato di attuazione della Carta dei Servizi e dei risultati delle esperienze di miglioramento della qualità' ci mostra che fin dal 1998 in quasi tutte le strutture del SSN è disponibile la Carta dei Servizi, è istituito l'Ufficio di Relazione con il Pubblico e si svolgono, in misura elevata, indagini di soddisfazione e di raccolta dei reclami degli utenti e dei cittadini.

Già oggi si registra una sistematica attività di comunicazione dei Servizi di relazione con il pubblico, un'elevata attività, in tutte le aziende, di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e di rilevazione dei reclami. Tali attività dovranno essere potenziate, per esempio in relazione alle informazioni sull'accessibilità ai servizi e sui tempi di attesa e sull'appropriatezza ed efficacia reale degli atti medici.

Il problema della trasparenza e della completezza dell'informazione al cittadino utente a riguardo delle prestazioni e dei servizi deve essere affrontato da tutti coloro che operano nel SSN, con il duplice scopo di rinsaldare l'**alleanza terapeutica** e di consentire l'esercizio pienamente informato e perciò consapevole

della libera scelta"¹²⁵.

Sempre a proposito di qualità relazionale, una ricerca in rete ha permesso di rilevare che sono varie le ASL che hanno attivato siti di buon livello contenenti informazioni utili per la fruibilità dei servizi, per la prevenzione e per l'orientamento alla ricerca della prestazione.

Altre ASL hanno attivato Centri di Prenotazione (CUP) che rispondono a un numero verde per la prenotazione di esami e visite specialistiche nella struttura che si preferisce.

La tessera magnetica, la "card", propagandata da qualche tempo da alcune ASL, sembra essere una realtà solo in Trentino. "È stata spedita ai 480mila residenti della provincia, è simile a un "bancomat" e contiene tutti i dati anagrafici e sanitari dell'assistito, ma non quelli clinici. Sul retro una banda magnetica e un codice a barre, che agli sportelli sanitari saranno letti con penne ottiche o con sensori magnetici. 'Un'ulteriore semplificazione burocratica - dice il dottor Bertoni della ASL di Trento - è il numero della tessera sanitaria, che è stato sostituito dal codice fiscale dell'assistito. Ciò accade, per ora, solo in Trentino, ma non vi è ragione perché questa pratica non sia presto estesa al resto della Penisola"¹²⁶.

Considerazioni

L'analisi dell'esistente, di quanto si sta facendo in campo sanitario per il miglioramento della qualità del servizio, di quella relazionale e per la sicurezza del paziente ci porta a concludere che il movimento è dinamico e non statico.

Se le strategie messe in atto siano efficaci e apprezzate dagli utenti non è possibile, per chi scrive, verificarlo: certamente le iniziative andranno aumentate ed estese. Ma qui è il punto dolente: qualunque iniziativa, per essere sostenuta e realizzata, ha bisogno di congrue risorse umane e finanziarie e di un efficiente controllo della inerenza dei costi rispetto agli obiettivi che ci si è prefissi. In poche parole: vanno evitati gli sprechi e gli abusi. La questione non riguarda, quindi, solo i

¹²⁵ Ministero Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000, II parte*, pag. 269

¹²⁶ Benedetti L., *Con la "card" cure veloci*, Corriere Salute, 31 Marzo 2002

singoli ma è politica, organizzativa, culturale. Se tagli di bilancio sono necessari devono investire le spese inutili e non già quelle migliorative perché una buona razionalizzazione ed efficienza del servizio porta a un futuro contenimento dei costi.

A conclusione del capitolo, perché ci sembra pertinente, riportiamo un commento alla seconda edizione del "Premio qualità in Sanità" promosso da Forum P.A. 2002, dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni, dal settimanale Il Sole-24 Ore Sanità e dal Centro Studi 3M Salute: 221 buone idee per la Salute proposte da altrettanti "innovatori" (150 ASL, 60 Aziende Ospedaliere e ospedali, 11 soggetti diversi).

"La qualità deve essere un pane quotidiano. In principio erano stoici tentativi di passare il guado: pionierismo sanitario alla ricerca della buona gestione, per superare i gravi danni compiuti dall'autoreferenzialità e cominciare ad annusare i diritti dei cittadini. Progetti 'soufflé', sono stati definiti: belli all'apparenza ma con alta probabilità di sgonfiarsi, di non poter essere ripetuti altrove perché non sostenuti adeguatamente né inseriti nella cornice di una visione strategica di sviluppo. La storia del 'Premio Qualità' del Forum per la pubblica amministrazione è lastricata di progetti di ASL e ospedali spesso frutto di entusiasmo spicciolo, di sforzi individuali, ammirevoli ma in qualche modo casuali. **Non ancora, o non sempre, figli di quella nuova cultura dell'essere al servizio** che una pubblica amministrazione degna di questo nome dovrebbe possedere nel suo codice genetico.

Anni dopo, i 221 progetti che hanno partecipato all'edizione del 'Premio 2002' sono la testimonianza di una diversa mentalità. Orientata al risultato concreto e finalmente a caccia della qualità totale. Dimostrazione, se mai ce ne fosse bisogno, che non tutto è da buttare via della Sanità pubblica. Anzi. Anche se un'avvertenza per l'uso, davvero non guasta: perché **la vera sfida è fare ordinariamente qualità**, nella trama quotidiana del 'dare salute'. E, soprattutto, fare qualità diffusamente. Come invece ancora non avviene, se è vero che il 70% dei progetti in gara al 'Forum PA' sono arrivati da un manipolo di cinque Regioni. Riuscirà ora il federalismo a gettare la Sanità pubblica oltre l'ultimo ostacolo?"¹²⁷.

Che cosa dire di più?

¹²⁷ R.Tu., *In 221 progetti la sfida della buona Sanità*, Il Sole-24 Ore del Lunedì, 13 Maggio 2002, pag. 19

CONCLUSIONI

Nella trattazione si è cercato di dare una definizione del termine "nursing malpractice", termine che non è semplice tradurre con due sole parole in italiano. "Nursing" richiama subito la professione di infermiere, "malpractice" la cura sbagliata o la prestazione scadente.

Il termine "malasanità", molto in uso in Italia come si è visto nel secondo capitolo, non è certo quello che ci riporta immediatamente alla mente l'assistenza infermieristica.

Sentendo o leggendo di "malasanità" sappiamo già che potremmo venire informati di errori anche gravi commessi dagli operatori sanitari nell'esercizio della loro attività, ma sappiamo anche che potremmo essere portati a conoscenza dei lunghi tempi di attesa nelle prenotazioni di visite o esami diagnostici o di interventi chirurgici, di farmaci che non si riescono a trovare o di "ticket" da pagare, di maleducazione del personale, di disorganizzazione delle strutture, di ambulanze che tardano a arrivare, di burocrazia elefantica, e di quant'altro di negativo riguarda il sistema sanitario nazionale.

Ancora una volta, volenti o nolenti, sono gli Stati Uniti che hanno qualcosa da insegnare.

È l'unico Paese, infatti, che ci offre un vasto numero di casi di "nursing malpractice", che ci aiuta a capire quali possono essere gli errori e quali i rimedi e che ci fornisce dati sugli errori in corsia.

È anche il Paese che lancia l'allarme. Attenzione: una linea estremamente inflessibile nei confronti di chi sbaglia conduce alla cosiddetta "medicina difensiva" vale a dire, non intervengo per non incorrere in guai giudiziari.

Conviene allora seguire una linea più morbida, quella consigliata dal Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS): meglio perseguire la "cultura della non punibilità" per spronare gli operatori sanitari ad ammettere i propri errori senza il timore di incorrere in sanzioni. Che però non significa che nessuno, alla fine, paghi. E questo perché anche i migliori dottori e infermieri qualche volta commettono errori ma certamente non con intenzionalità.

Si è visto che gli errori più comuni in corsia sono relativi alla

somministrazione di farmaci: farmaci scambiati oppure somministrati all'orario o nella dose sbagliata o non somministrati per nulla. Sviste e lapsus possono accadere in seguito a interruzioni, arrabbiature, situazioni stressanti e stanchezza.

Sul fattore stanchezza influisce non solo il carico di lavoro ma anche la carenza di personale. Gli straordinari obbligatori, soprattutto in altri Paesi, o quelli incentivati, nel nostro Paese, diminuiscono il grado di concentrazione dell'operatore e aumentano il rischio di errore o quasi errore. Anche il sempre più frequente ricorso a infermieri non sufficientemente addestrati chiamati a coprire le carenze di personale infermieristico aumenta il rischio in corsia.

Secondo il Dr. John Eisenberg dell'Agency for Healthcare Research and Quality, l'Agenzia americana per la ricerca medica e la qualità, "esiste una correlazione tra il numero di infermieri in forza e gli errori in corsia". L'assistenza, non è difficile capirlo, in queste condizioni è ben al di sotto dei requisiti standard di qualità.

Qualità e sicurezza sono termini che si incontrano frequentemente nei programmi di intervento migliorativi dei servizi sanitari dei vari Paesi industrializzati. La salute è un "bene" prezioso e irrinunciabile e le richieste in tal senso aumentano anche a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e della maggior consapevolezza dei propri diritti da parte dei cittadini.

In Italia potremmo dire che l'avvio della ricerca della qualità delle prestazioni in campo sanitario è ascrivibile alla progressiva modernizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), avvenuta negli anni novanta, che ha trasformato gli ospedali in aziende ospedaliere aventi la delega, se "accreditate", a erogare servizi per conto del SSN.

L'accreditamento di una struttura da parte del SSN, avviene verificando la rispondenza della struttura a parametri definiti e stabiliti dal legislatore o dall'Azienda Sanitaria Locale (i cosiddetti indicatori).

Attualmente esistono tre forme di valutazione e l'accreditamento base, quello autorizzativo, certifica la rispondenza più delle strutture piuttosto che dei processi assistenziali. La qualità dell'assistenza, quindi, non ci sembra ancora ben garantita.

Tra le tre forme di valutazione, l'accreditamento autorizzativo, l'accreditamento all'eccellenza e la certificazione, quella che ci sembra più rispondente al

bisogno di qualità dell'assistenza è senz'altro quello all'eccellenza perché non prevede standard predeterminati come elementi di misurazione ma indici di riferimento variabili perché legati al concetto di migliore pratica possibile.

È una procedura di auto valutazione, volontaria, e l'ottenimento dello accreditamento può rappresentare una sorta di "garanzia" di qualità per l'utente.

Sono poche le Aziende ospedaliere che si stanno sottoponendo a questa valutazione: mancanza di volontà o indifferenza al problema?

Per la sicurezza, sempre restando nel nostro Paese, qualcosa si sta facendo.

È il progetto "Imparare dall'errore - Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale" promosso dal Tribunale per i diritti del malato a cui hanno aderito una ventina di ospedali italiani.

Sentiremo sempre più spesso parlare di unità di gestione del rischio ("risk management") e di eventi sentinella? Oppure i tagli ai bilanci andranno a colpire anche queste meritorie iniziative?

Se l'errore, come molto spesso accade, deriva da una sequenza di eventi (effetto a cascata), oltre che dal comportamento del singolo, l'organizzazione, per le sue carenze, è corresponsabile di questo evento. La sicurezza, quindi, passa attraverso una ottima organizzazione aziendale e un'ottima formazione del personale.

La formazione è, e deve essere, la carta su cui giuocare il futuro dell'assistenza di qualità. Si deve puntare a una solida formazione clinica di base e anche a un'educazione continua post-universitaria dell'operatore sanitario.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM), attuata in almeno dieci Paesi europei tra cui l'Italia, deve essere una costante della formazione del personale sanitario.

Per medici e infermieri, soprattutto, andrebbe previsto l'insegnamento della "teoria degli errori" e il modo di affrontare questi errori abituandoli a discutere a viso aperto gli errori compiuti in modo da imparare dalle esperienze negative a non ripeterli.

L'analisi del problema dell'errore in medicina non termina certamente qui.

È un tema delicato perché, al di là dei problemi organizzativi e finanziari, può sconvolgere non solo chi il danno lo ha subito ma chi l'errore lo ha commesso.

E più grave è il danno, maggiore sarà lo sconforto, il disorientamento, la

sensazione di inadeguatezza e di incapacità professionale di colui che ha sbagliato.

"Primum non nocere" è l'imperativo etico delle professioni sanitarie e crediamo che a questo si attengano, con coscienza e buona fede, gli operatori sanitari.

L'organizzazione dovrebbe avere come obiettivo specifico quello di agevolare il lavoro del professionista mettendogli a disposizione strumenti adeguati e aggiornati, eliminando situazioni di stress fisici e mentali, mettendo in atto procedure di individuazione del rischio e di controllo degli eventi, incentivando il professionista a iniziare a denunciare e discutere con i colleghi il mancato errore - quello che sarebbe potuto diventare errore! - perché solo così si riuscirà a evitare l'errore fatale che, ricordiamocelo, non è mai del tutto eliminabile. "To err is human", errare è umano.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Improving performance using indicators. Recent experience in the United States, the United Kingdom, and Australia*, Intl. Journal of Quality in Health Care 2001; Volume 13, Number 6: pp. 445-462
- AA.VV., *Qualità, accreditamento, indicatori*, ROMA 1998: Federazione Nazionale Collegi IPASVI
- Altamore G., *Questa sanità è da rifare*, Famiglia Cristiana, n. 17, 18 Aprile 2002
- AS, EB, Myoline, Bulletin d'information medicale sur le maladies neuromusculaires N. 61, Juin/Juillet 2002
- ASL 10 - Firenze, *Carta dei Diritti e dei Doveri degli Utenti*, E-Book - ed. apicella. Com, Firenze (I) 2000
- Bannella C., *Interventi al cuore sotto monitoraggio*, Il Sole-24 Ore del lunedì, 29 Aprile 2002, pag. 16
- Battistini F., *L'infermiera ammazzava i bambini*, Corriere della Sera, 9 Maggio 2002
- BBC News, *Q&A: The NHS clinical negligence bill*, 24 April 2002
- BBC News, *Nurses 'frustrated' at prescribing limits*, 4 May, 2001
- BBC News, *Nurse prescribing 'poses threat'*, 30 May, 2002
- BBC News, *GCSE maths blamed for nurses' blunders*, 15 June, 2000
- BBC News, *Parents 'not told of drug errors'*, 20 November, 2000
- BBC News, *Nurses shortage 'threatens NHS'*, 19 February, 2002
- BBC News, *Health - Plea for more Nightingales*, 26 October, 1998
- Benanzato A., *Medici e infermieri - Dalla corsia al satellite*, @lfa Il Sole-24 Ore, 12 Luglio 2002
- Benci L., *Commento alla Sentenza 1878/2000 Corte Cassazione Roma*, in Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, 2001; 4(1); 41-52, Lauri Edizioni
- Benci L., *Manuale Giuridico Professionale per l'Esercizio del Nursing*, Seconda Edizione, 2001, McGraw Hill
- Berlinguer G., *Gli errori dei medici*, Il Mattino di Napoli, 23 Febbraio 2001
- Bonaldo A., Focarile F., Torreggiani A., *Curare la qualità*, Guerini Associati, 1994, pagg. 36 e segg.
- Bonini P., *Errore e rischio nella pratica medica*, Incontro stampa: Errori in medicina

- troppi, che fare? Milano, 20 Maggio 2002
- Brera G.R., *Una qualità etica per gli ospedali*, Il Sole-24 Ore, 6 Gennaio 2002
- Buonanno B., *Sirchia: offriremo ai cittadini un'assistenza di qualità*, Il Mattino, 21 Maggio 2002
- Cantarelli M., *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Masson, 1996, pagg. 109 e segg.
- Cavazzuti F., Cremonini G., *Assistenza Geriatrica Oggi*, Casa Editrice Ambrosiana, Prima Edizione, 1998
- Cesta A., Segnanfredo M.A., Bonanni S., *Studenti in corsia: esperienza di un'équipe infermieristica nella formazione degli infermieri laureandi*, Infermieri Informati, Numero 2, anno 2001
- Corriere della Sera, *Infezioni in ospedale. Ogni anno 7 mila morti*, 3 Ottobre 2002
- Cremonese A., *Arriva l'infermiere di famiglia. "Si risparmia sui ricoveri"*, Corriere Della Sera, 13 Maggio 2002
- Cuggiani A., *Responsabilità penale dell'infermiere in relazione a fleboclisi*, Infermiere Oggi, n. 1/01, IPASVI
- De Bac M., *Sirchia ai medici: "Dovete essere più umani"*, Corriere della Sera, 24 Maggio 2002
- De Bac M., *Prima gli ospedali di eccellenza, poi i tagli*, Corriere della Sera, 3 Settembre 2002
- Di Frischia F., *Farmaci, foglietti illustrativi più chiari*, Corriere della Sera, 3 Marzo 2002
- Dri P., *Il paziente ideale non è quello che tace*, Tempo Medico n. 591, 1 Aprile 1998
- Escudero A.L., *Alumnos y profesores de Enfermería exigen una licenciatura para Equipararse a la UE*, El Pais.es, 29 de octubre de 2001
- EURISPES, *Rapporto Italia 1998*, Cap. VI, Salute/Malattia
- Ferrara M., *La salute? Si cura anche con i privati*, Il Sole-24 Ore, 11 Luglio 2002
- Ferrarella L., *Morì per una chemio sbagliata. Incriminata un'infermiera*, Corriere Della Sera, 25 Luglio 2002
- Fondazione Censis, *35° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese - La Società italiana al 2001*, pag. 72
- Gobbu B., *Il risk manager va in corsia*, Il Sole-24 Ore, 19 Aprile 2002

- Gray D., *Strict report rules on medical errors*, 2 August, 2001
- Hellevisk M.S., in *L'evidenza scientifica nell'assistenza infermieristica verso il terzo millennio*, atti convegno Verso una nuova dimensione culturale infermieristica - Eurosalute 2000 - Fiera Milano - 13 Ottobre 2000, Supplemento a Io Infermiere anno 3 n. 4/2000, IPASVI Milano-Lodi
- HHS News - *HHS to propose new finding and focus on patient safety*, Feb. 1, 2002
<http://www.encyclopedia.com/articles/07948.html>
- <http://www.ausl.re.it/ausl/ced/netced.htm>, *Servizio di informatica*, da Il Sole-24 Ore inserto Sanità del 25-31 Gennaio 2002
- Hutton B.M.(1998), *Nursing Mathematics: the importance of application*, Nursing Standard, 13, 11,35-38
- I Quattordici Diritti dei Cittadini in campo Sanitario*, stampato a cura dell'Associazione Lombarda Titolari di Farmacia per il Tribunale per i diritti del malato della Lombardia
- Il Sole-24 Ore, *Infermieri, Cassazione severa sulle responsabilità*, 14 Sett. 2002
- Il Sole-24 Ore, *Formazione dei medici, parte la corsa ai crediti*, 3 Gennaio 2002
- Inglese S., *La "Carta della Sicurezza nella pratica clinica ed assistenziale": il problema visto dal lato del paziente*, Incontro Stampa Errori in medicina: troppi, che fare?, Milano, 20 Maggio 2002
- Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*, March 2001
- Io Donna, *Scatola nera in sala operatoria*, 26 maggio 2002
- Iyer P.W., *Nursing malpractice*, Lawyers & Judges Publishing Company, Inc., second edition, 2001
- Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession(5) 8 Aug 97
- Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession(5) 1 Jan 97
- Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession(5) 10 Oct 97
- Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession(5) 11 Nov 97
- Margreth A., *Stop agli errori negli ospedali - Un sistema di controllo per eliminarli*, Panorama, 28 settembre 2002, pag. 7
- Medicus Medicorum (P. Cornaglia-Ferraris), *Pigiama e Camici*, Editori Laterza, Prima Edizione 2000

Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2000*

Ministero della Salute, *Circolare 5 Marzo 2002*

Monti D., *Ospedali, record di errori in ortopedia*, Corriere della Sera, 13 Apr. 2002

Monti D., *Una squadra speciale contro gli errori in ospedale*, Corriere della Sera, 21 Maggio 2002

Mueller E.E., *Il Nuovo Paziente, partner ed esperto*, Il Sole-24 Ore, 26 Aprile 2002

Mutillo G., News, Collegio IPASVI Milano-Lodi, 18 Gennaio 2001

NANDA, *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, The 2001-2002 Edition

Negrotti E., *Sbagliando si impara pure in corsia*, Avvenire, 21 Maggio 2002

NHS update, *Building a safer NHS for patients*, 12 May 2002

NHS, *The Expert Patient: a New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*

Niada M., *Tasse per curare la sanità*, Il Sole 24 Ore, 18 Aprile 2002

Nicolosi C., *Ospedali malati*, Corriere Salute, 20 Gennaio 2002, pagg. 4-5

Noel A., *Qualité de soins: l'Ordre des infirmières s'inquiète*, La presse, cyberpresse. ca, 22 Janvier 2002

Norfolk Mental Health Care NHS Trust, *Nurse prescribing*, March 1999

Palmerini C., *Errori in corsia. Se li conosci li eviti*, Panorama online, 4/5/2001

Pellai A., Marzorati P., *Educazione alla salute*, Franco Angeli Ed.

Pierce R., *Leading Research - Learning Curve*, Research by Amy C. Edmonton, Harvard Business School

Proto R., *I farmaci con parole tue*, Corriere Salute, 31 Marzo 2002

RCN information, *Guidance for nurses on clinical governance*, Sept. 26, 2001

Reggio M., *Task force per gli errori in corsia*, La Repubblica, 23 Febbraio 2002

Report of the Quality of Health Care in America Committee of the Institute of Medicine, *To err is human: building a safer health system*, September 1999

R.Tu., *In 221 progetti la sfida della buona Sanità*, Il Sole-24 Ore del lunedì, 13 Maggio 2002

R.Tu., *Gli interessi degli assistiti*, Il Sole-24 Ore del lunedì, 2 Settembre 2002, pag. 9

Ruggieri S., *Infezioni Ospedaliere e Assistenza Infermieristica*, in L'operatore professionale coordinatore e la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere - IPASVI, Collana Arcobaleno n. 8

- Scafiddi G., Il punto di vista del medico, in *Infermieri Professionali e azienda: qualità, efficienza, efficacia, umanità*, IPASVI, Collana Arcobaleno, 5 Salutebenessere.tv, *Sanità: al via raccolta punti per medici e infermieri*, 21 Marzo 2002
- Seattle Post-Intelligence, *Nurses say 'no' to forced overtime*, March 5, 2002
- Siegel-Itzkovich J., *Israeli doctors create computer colleague*, The Jerusalem Post, April 16, 2001
- Simoni A., *La cartella dell'infermiere*, Tempo Medico n. 679, 11 Ottobre 2002
- Sperandio S., *Dottore questi sono i tuoi nuovi doveri*, Corriere Salute, 24 Mar. 2002
- Spinsanti S., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, Napoli 1997
- Spurgeon D., *Canada faces nurses shortage*, Thorax Online, BMJ 2000; 320:1030 (15 April)
- Stein, Robert W., February 16, 2000, *Nurses Advises "Reconsider Choice of Physicians" A Nurse's Ethical Dilemma*. Clinical Case of the Week. Retrieved 08/08/2002 from the World Wide Web:
<http://www.nursefriendly.com/nursing/clinical.cases/2000/021600.htm>
- Stucchi E., *Gli ospedali senza dottori*, Corriere Salute, 12 Maggio 2002
- Tartaglia R., Tomassini C.R., Abrami V., Nerattini M., Turco L., *L'approccio sistematico e cognitivo all'errore umano in medicina*, in Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, n. 1/02, Lauri Ed., pagg. 4-13
- Terminelli A., *La salute del Bel Paese*, L'Infermiere 2/2002, Febr. 2002, pagg. 4-5
- Tiscornia P., *Camici con il bollino blu*, Io Donna, 30 Marzo 2002
- Todaro S., *Ssn: parte zoppa la formazione continua*, Il Sole-24 Ore del lunedì, 15 Aprile 2002, pag. 19
- Tribunale per i diritti del malato, *Imparare dall'errore - Carta della sicurezza nello esercizio della pratica medica ed assistenziale*, in collaborazione con Anaa - Assomed e Finmg, Roma, 8 Aprile 2000, pagg. 4-5
- Tribunale per i diritti del malato, *Imparare dall'errore - Le unità di gestione del rischio*, 2001, Seconda Edizione
- Tromba C., *Camici bianchi sotto accusa*, Tempo Medico, n. 654, 26 Gennaio 2000
- Turno R., *Salute, prima di tutto la qualità*, Il Sole-24 Ore, 29 Marzo 2002
- Università Tor Vergata, Ilesis, Nebo Ricerche PA, Farindustria, *Prometeo. Atlante*

della Sanità Italiana - 2001, Sintesi per la stampa, Roma, 18 Gennaio 2002
Vnunet, *La scatola nera arriva in sala operatoria*, 03-06-2002, VNU Business
Publications Italia s.r.l.
Wilkinson A.P., *Nursing malpractice*, Nursing Library, Issue: June 1998