

Le esposizioni accidentali ai liquidi biologici: analisi delle percezioni, del grado di conoscenza del rischio e della mancata segnalazione tra gli operatori sanitari

Biohazard exposure among healthcare workers: analysis of perceptions, risk knowledge and barriers in reporting accidents

■ VALENTINA SIMONETTI¹, DANIA COMPARCINI², MARA BUCCOLIN³, GIACINTA MANFRONI⁴, ILENIA STRACCI⁵, GIANCARLO CICOLINI⁶

¹ Infermiera, ASUR Area Vasta n. 3 Civitanova Marche, dottore di Ricerca, professore a contratto Università Politecnica delle Marche, Ascoli Piceno

² Infermiera, Dottoranda di ricerca, Professore a contratto Università Politecnica delle Marche, Ancona

³ Dirigente delle Professioni Sanitarie, ASUR Area Vasta n. 3 Civitanova Marche

⁴ Coordinatore infermieristico, Medicina Interna ed Ematologia, ASUR Area Vasta n. 3 Civitanova Marche

⁵ Infermiera, Chirurgia, ASUR Area Vasta n. 3 Civitanova Marche. Laureanda Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

⁶ Direttore Didattico Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università "G. d'Annunzio"

RIASSUNTO



Introduzione: l'esposizione ai liquidi biologici rimane un importante fattore di rischio di incidenti occupazionali tra gli operatori sanitari. Lo studio indaga le percezioni, le conoscenze e le potenziali barriere legate alla segnalazione degli incidenti da esposizione occupazionale.

Metodo: lo studio trasversale (luglio 2013-febbraio 2014) ha previsto la somministrazione di un questionario agli operatori sanitari, presso cinque ospedali italiani.

Risultati: il 67.16% del campione è preoccupato di sviluppare un'infezione al lavoro, soprattutto da HCV (35.57%). Il 39.09% conosce il tasso di rischio da trasmissione da HIV, il 39.51% non conosce quello correlato al rischio di contrarre infezioni da HCV ed il 34.81% da HBV. Il 78.90% è consapevole circa la profilassi post-esposizione da HIV. Molti riconoscono l'importanza della segnalazione (97.53%), ma solo il 21.84% ha riportato tutti gli incidenti avvenuti durante gli anni di servizio. La principale barriera alla segnalazione è ritenere a basso rischio di contagio la fonte con cui si è venuti a contatto (13.11%).

Conclusioni: il carente livello di conoscenza dei rischi legati al contagio e l'inadeguata segnalazione e gestione degli incidenti, potrebbero sensibilizzare le aziende sanitarie ad implementare interventi educativi mirati ad aumentare le conoscenze della tematica. Utile avviare un programma di sorveglianza degli incidenti su tutto il territorio nazionale.

Parole chiave: Esposizione occupazionale, Professionisti sanitari, Segnalazione degli incidenti, Rischio biologico.

ABSTRACT



Introduction: exposure to biological fluids, remains a relevant risk factor to occupational incidents among healthcare workers. This study investigates perceptions, knowledge concerning occupational exposure and barriers involved in incident reporting by healthcare personnel.

Methods: a cross-sectional survey was conducted from July 2013 to February 2014. Healthcare workers employed in five Italian Hospitals filled a validated questionnaire.

Results: 67.16% of respondents worry about developing a viral infection at work, in particular HCV (35.57%). Only 39.09% know the risk of HIV transmission, while 39.51% and 34.81% of responders do not know the risk of HCV and HBV, respectively. 78.90% of respondents are aware of HIV post-exposure prophylaxis, 97.53% of them recognize the importance of all body fluid exposure incidents reporting, but only 21.84% report all their exposure incidents. The main barrier for not reporting incident is believing source to be low risk (13.11%).

Conclusions: low healthcare worker's knowledge of occupational exposure to blood-borne viruses and inadequate reporting and management of incidents could sensitize Healthcare Agencies to implement educational programs tailored to improve knowledge on this topic. It could be interesting to develop a surveillance system of occupational exposure in Italy.

Keywords: Occupational exposure, Healthcare workers, Incident reporting, Biohazard release.

Articolo originale

PERVENUTO IL 29/07/2014
 ACCETTATO IL 26/11/2014

Corrispondenza per richieste:

Valentina Simonetti,
v.simonetti@unich.it

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interesse.

Introduzione

L'esposizione a sangue ed a liquidi biologici come fattore di rischio professionale tra gli operatori sanitari è noto dal 1978 in seguito alla pubblicazione di un caso di un professionista della salute divenuto infetto dopo il contatto con sangue di un paziente contaminato.¹

Nel tempo, sono stati stimati quaranta diversi tipi di contagi. I più rilevanti, per gravità e frequenza, sono quelli da Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis B Virus (HBV) e Hepatitis C Virus (HCV), mentre le cause di trasmissione più comuni si verificano attraverso punture accidentali con aghi, escoriazioni provocate da pazienti ed il contatto diretto delle mucose con liquidi biologici.^{2,3}

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che gli incidenti occupazionali derivano per il 2.5% dal contagio con HIV, per il 40% con HBV e per il 39% con HCV. Il rischio è presente durante tutte le fasi di cura del paziente e durante la manipolazione dei materiali biologici.³ In Italia si verificano ogni anno oltre 130.000 infortuni e circa il 75% delle esposizioni ad agenti potenzialmente infettanti è di tipo percutaneo.⁴ Il rischio di esposizione da HBV è diventato un evento raro grazie all'immunizzazione della popolazione mentre l'incidenza di epatite C è aumentata significativamente (1.6 ogni 100.000 operatori) rispetto alla popolazione generale (0.6), con un tasso di sierconversione a seguito di un'esposizione

professionale tra lo 0.5% e il 1.8%.⁴ Questi numeri, tuttavia, sono destinati ad aumentare in considerazione del fatto che, nella maggior parte dei casi, gli infortuni non vengono segnalati a causa della scarsa consapevolezza del problema, tale da determinare un aumento delle probabilità delle conseguenti infezioni.⁵

In Italia, il "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro"⁶, ha disposto l'obbligo di segnalazione degli infortuni nonché la loro registrazione ed analisi. Tuttavia, la normativa risulta inadeguata rispetto alla complessità degli infortuni che avvengono ogni giorno, poiché il sistema di registrazione non è specifico e relativo alle esposizioni degli operatori sanitari, ma generico e rivolto a tutti gli incidenti che possono verificarsi all'interno della sfera lavorativa⁶ e che spesso coinvolgono anche gli studenti.^{7,8,9,10}

I dati maggiormente rappresentativi relativi agli incidenti occupazionali in Italia, derivano dallo Studio Italiano sul Rischio Occupazionale (SIROH), coordinato dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma attivo dal 1986 e finanziato dal Ministero della Sanità. Tale studio, dalla sua nascita ad oggi, ha coinvolto volontariamente un significativo numero di ospedali nella conduzione di specifici studi sul rischio di contrarre un'infezione, sulla frequenza, le cause e le modalità che conducono all'esposizione occupazionale, ma anche sulle misure di prevenzione attuabili.¹¹ Un efficace pro-

gramma di sorveglianza attiva per le esposizioni occupazionali in Italia permetterebbe la raccolta di informazioni dettagliate essenziali per pianificare possibili strategie d'intervento.⁴ Infine, avere a disposizione una banca dati nazionale standardizzata capace di raccogliere i dati sulle esposizioni occupazionali, garantirebbe la produzione e diffusione delle informazioni, dando pieno vigore alla Direttiva 2010/32/UE approvata il 10 maggio 2010, la quale obbliga gli Stati membri ad attuare una strategia globale per prevenire le esposizioni professionali in ambito sanitario.¹²

Secondo una recente ricerca¹³, i tassi di incidenti da punture ed aghi non dichiarati si aggirano tra il 5 ed il 65% nel mondo. Le motivazioni che spingono gli operatori a non segnalarli riguardano: la mancanza di tempo, la sottostima del rischio e la carenza di conoscenze legate a come o dove effettuare la segnalazione. Inoltre, la preoccupazione che l'accaduto non rimanga riservato, ignorare l'esistenza di determinate procedure da seguire, ritenere che non ci sia nulla da fare a seguito dell'incidente e ritenere la fonte di esposizione a basso rischio di trasmissione di patologia, rappresentano ulteriori ostacoli alla rilevazione degli incidenti occupazionali.^{15,16}

La consapevolezza dei rischi e la loro gestione cambia in relazione all'esperienza dei vari operatori; infatti l'anzianità di servizio sembra essere correlata ad una maggior conoscenza riguardo la pro-

filassi post-esposizione (PEP) da HIV.¹⁵

Un efficace programma di sorveglianza attiva per le esposizioni occupazionali in Italia permetterebbe la raccolta di informazioni dettagliate, essenziali per pianificare possibili strategie d'intervento.⁴

Ad oggi, non è stato condotto in Italia nessuno studio per indagare le percezioni concernenti le esposizioni occupazionali ai virus a trasmissione ematica, le possibili barriere che impediscono o limitano la segnalazione degli incidenti ed il grado di conoscenza degli operatori sanitari in merito alle modalità di trasmissione ed ai rischi connessi agli incidenti.

Questo studio ha lo scopo di valutare il livello di conoscenza degli operatori riguardo le esposizioni biologiche, cercando di individuare quali sono gli ostacoli/barriere che ne impediscono/riducono la segnalazione.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale, multicentrico, da luglio 2013 a febbraio 2014 presso cinque strutture sanitarie ospedaliere (Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto, Civitanova Marche, Campobasso, Recanati).

Sono stati reclutati mediante un campionamento di convenienza, tutti gli operatori sanitari in servizio nel periodo in cui è stata condotta l'indagine (infermieri, medici, personale di supporto) che, informati sulle modalità e le finalità dello studio, hanno accettato di parteciparvi sottoscrivendo il consenso informato.

Procedure di studio

A ciascun operatore sanitario, il ricercatore responsabile dello studio (il me-

desimo per ogni centro) ha somministrato un questionario validato di Winchester et al.¹⁵, solo dopo aver illustrato le finalità dello studio ed aver ritirato il consenso informato scritto.

I partecipanti hanno avuto 15 minuti di tempo per rispondere alle domande in modalità di autosomministrazione. Una volta compilato, il questionario è stato inserito in un'urna chiusa al fine di garantire l'anonimato dei partecipanti.

Previo accordo con i coordinatori infermieristici delle unità operative dei presidi coinvolti per arruolare tutti i professionisti in servizio, il ricercatore ha avuto accesso alle unità operative in timing diversi durante la settimana.

Lo strumento di raccolta dati

Il questionario adottato per lo studio è stato utilizzato previa autorizzazione da parte degli autori¹⁵ e solo dopo un'appropriata procedura di traduzione dall'inglese all'italiano e viceversa. La traduzione è stata effettuata da due traduttori differenti, al fine di stabilire la medesima equivalenza semantica e concettuale nel contesto italiano. Lo strumento prevede risposte chiuse politomiche o dicotomiche e si sviluppa in 6 parti. La prima parte mira ad indagare le caratteristiche socio-demografiche del campione preso in esame; la seconda considera il grado di conoscenza e percezione del rischio di trasmissione ematica da esposizione; la terza prende in esame il numero di segnalazioni; la quarta le motivazioni che spingono alla non segnalazione dell'accaduto; la quinta la gestione dell'evento dopo che è avvenuta l'esposizione; la sesta consi-

dera i vari suggerimenti che l'operatore può apportare nel miglioramento del sistema di segnalazione dell'evento sia nell'ambito ospedaliero che extraospedaliero. Non sono previste risposte giuste o sbagliate, ad eccezione per la seconda parte, in cui una sola opzione di risposta è corretta.

Considerazioni statistiche

Le variabili qualitative sono state sintetizzate mediante frequenze assolute e percentuali, mentre le variabili quantitative mediante le misure di posizione e di variabilità (media e deviazioni standard).

I dati sono stati analizzati mediante il software SPSS® Advanced Statistical TM 13 (2004, Chicago, IL, USA).

Considerazioni etiche

Lo studio è stato approvato dalla direzione sanitaria di ciascuna struttura ospedaliera. Tutti i dati sono stati trattati in forma anonima e nel rispetto del trattamento dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003).

RISULTATI

Caratteristiche socio-demografiche

Rispetto al totale (727) dei soggetti contattati, 406 (55.85%) hanno accettato di partecipare. La maggioranza del campione è costituito da professionisti di genere femminile (64.2%), con un'età media di 40.69 anni (DS=2.81), infermieri (74.81) in possesso della laurea triennale (40%), con un'esperienza professionale superiore a 15 anni (38.02%).

(Tabella 1)

Tabella 1 – Caratteristiche socio-demografiche del campione

Variabili	n.	(%)
Ospedale		
Ascoli Piceno	113	27.90
San Benedetto del Tronto	53	13.09
Civitanova Marche	156	38.52
Campobasso	71	17.53
Recanati	12	2.96
Genere		
Maschio	145	35.80
Femmina	260	64.20
Età, media (DS)	2.81	40.69 (2.81)
Unità Operative		
Medicina	52	12.84
Chirurgia	102	25.19
Ortopedia	25	6.17
Blocco Operatorio	84	20.74
Pronto Soccorso	75	18.52
Malattie Infettive	7	1.73
Psichiatria	20	4.94
Rianimazione	30	7.41
Geriatrics	10	2.47
Qualifica professionale		
Medico	45	11.11
Infermiere	303	74.81
Altri professionisti sanitari	6	1.48
Personali di supporto	49	12.10
Altro	2	0.49
Anni di servizio sanitario		
Da 0 a 1	25	6.17
Da 2 a 5	35	8.64
Da 6 a 10	79	19.51
Da 11 a 15	112	27.65
>15	154	38.02
Formazione		
Dottorato	9	2.22
Laurea Magistrale	42	10.37
Laurea Triennale	162	40.00
Diploma	154	38.02
Attestato	22	5.43
Altro	2	0.49
Laurea + Specializzazione	14	3.46
Professione		
Direttore medico	2	0.49
Dirigente medico	42	10.37
Infermiere Dirigente	0	0.00
Infermiere Coordinatore	4	0.99
Infermiere	296	73.09
Studente	8	1.98
OSS	29	7.16
Altro	24	5.93

Conoscenza, percezione del rischio e consapevolezza delle infezioni contratte per via ematica

Dai risultati emerge che gli operatori sanitari si preoccupano sempre di poter contrarre infezioni virali (67.16%), in particolare temono maggiormente l'epatite C (HCV) (34.57%) e ritengono che l'epatite B (HBV), l'HCV e il virus da immunodeficienza umana (HIV) abbiano lo stesso rischio di contagio (40.9). Il 33.09% dei partecipanti (n=134) è a conoscenza che la trasmissione da HIV, a seguito di una lesione invasiva prodotta da un oggetto contaminato da sangue, si aggira fra lo 0.3-0.5% mentre il 39.51% ed il 34.81% non conosce, rispettivamente, il tasso rischio di contagio da HCV e da HBV. Inoltre, la maggioranza degli operatori (57.04%) considera l'immunizzazione da HBV efficace per tutta la vita.

Il 78.90% è consapevole della disponibilità di una terapia post-esposizione da HIV (HIVPEP), ma solo una minoranza conosce gli effetti collaterali, il tipo di terapia antiretrovirale, la durata del trattamento, che è raccomandato somministrare la profilassi entro le 72 ore e che il trattamento tempestivo PEP riduce il rischio di contrarre l'HIV del 75-80%.

Riguardo l'HCV, circa la metà dei soggetti (45.45%) ritiene che non cronicizza e che sia possibile trattare un'infezione precoce acuta (40.74%).

Segnalazione e gestione di incidenti da esposizione occupazionale

L'importanza della segnalazione degli incidenti è conosciuta dal 97.53% dei soggetti; gli operatori conoscono le procedure aziendali di denuncia all'interno

Tabella 2 – Incidenti occupazionali e loro caratteristiche segnalati negli ultimi 12 mesi

Tipologie	n. Operatori	N. incidenti					Rispondenti che hanno segnalato esposizioni	Rispondenti che hanno ricevuto assistenza post-esposizione
		1	2	3	4	≥5		
Taglienti	44	27	11	2	0	4	24/44	24/44
Contatti mucocutanei	47	25	4	5	5	8	13/47	13/47
Morsi o graffi	25	14	6	5	0	0	8/25	8/25
Totale	116	66	21	12	5	12	45/116	45/116

Tabella 3 – Principali motivi di mancata segnalazione

Motivi	Risposte (%)
Preoccupazione per la riservatezza	15 (4.57%)
Mancata conoscenza della procedura di segnalazione	10 (3.05%)
Complessità della procedura di segnalazione	19 (5.79%)
Ritenere che il paziente fosse una fonte a basso rischio di trasmissione	43 (13.11%)
Pensare che non fosse importante segnalare	20 (6.10%)
Segnalare era sconveniente	5 (1.52%)

Tabella 4 – Esperienze dei partecipanti sulla gestione post-esposizione

	SÌ (%)	NO (%)
Tempestività visita	88 (50)	88 (50)
Informazioni sufficienti	90 (49.45)	92 (50.55)
Risposte soddisfacenti	92 (50.83)	89 (49.17)
Incoraggiamento a tornare se necessario	80 (43.96)	102 (56.04)
Comprensione dell'importanza della segnalazione	86 (47.51)	94 (52.49)
Accuratezza visita	68 (37.36)	114 (62.64)
Accoglienza del luogo	88 (48.35)	94 (51.65)

del proprio ospedale (72.59%) e sanno come comportarsi in caso di esposizione (75.56).

In risposta al quesito: "Ha mai subito un incidente da esposizione occupazionale [definito come: incidente da un oggetto tagliente proveniente dal paziente; contatto diretto con il sangue e/o liquidi biologici del paziente che entra in contatto diretto degli occhi, bocca, cute lesa (come abrasioni, tagli, eczema ecc.) dell'operatore; morsi e graffi dal paziente]?" e "Per quante di tali esposizioni sia stato segnalato l'accaduto?" il 28.57% (116/406) ha riportato di aver subito incidenti da esposizione occupazionale nell'ultimo anno, la maggioranza riguardano principalmente il contatto mucocu-

taneo, seguito dalle ferite da taglio e da morsi e graffi del paziente. (Tabella 2)

Motivi di mancata segnalazione

Gli operatori che riferiscono di aver segnalato i propri incidenti in ogni occasione nel corso della propria carriera, rappresentano il 21.84% del campione totale. Il motivo principale che spinge alla non segnalazione è il ritenere il paziente con cui si è venuti a contatto a basso rischio di contagio per virus a trasmissione ematica (13.11%). (Tabella 3)

Gestione post-esposizione

L'89.17% degli intervistati dichiara di non aver ricevuto cure per un incidente da esposizione occupazionale, men-

tre il 50% è stato visitato tempestivamente, è stato soddisfatto delle informazioni ricevute (49.45%), ha ricevuto risposte soddisfacenti (50.83%), è stato incoraggiato a tornare in caso di ulteriori preoccupazioni (43.96%) ed è stato messo nella condizione di capire l'importanza della segnalazione (47.51%). A seguito dell'incidente, il 37.36% dei soggetti intervistati ha dichiarato che la visita alla quale è stato sottoposto non è stata effettuata in maniera veloce o superficiale da parte del medico e che il luogo dove hanno ricevuto le cure era accogliente (48.35%). (Tabella 4)

Miglioramenti nella segnalazione e nella gestione di un incidente da esposizione occupazionale

Il pronto soccorso risulta essere il luogo di denuncia preferito per il 67.86% dei soggetti sia se l'esposizione è avvenuta durante l'orario di lavoro che al di fuori dello stesso, sia all'interno dell'ambito ospedaliero che extraospedaliero. Il 66.58% ritiene che un sistema elettronico migliorerebbe il sistema di segnalazione degli incidenti e che una maggiore informazione e formazione degli operatori potrebbe incentivare il processo di denuncia.

DISCUSSIONE

Lo studio condotto ha avuto lo scopo di evidenziare le percezioni, il grado di conoscenza dei rischi di contrarre un'infezione in seguito al contatto con agenti virologici per via ematica e le motivazioni che spingono gli operatori sanitari alla mancata segnalazione degli incidenti durante la pratica clinica. Dallo studio è emerso che la maggior parte dei sogget-

ti intervistati, per lo più infermieri, ritengono che sia raccomandato effettuare il test per l'HIV, HCV e HBV a tutti i pazienti chirurgici al momento del ricovero. Inoltre, dimostrano preoccupazione in ogni momento della pratica clinica, per la possibilità di contrarre infezioni virali in particolare nei confronti dell'epatite C. Tuttavia sono convinti, erroneamente, che esista il medesimo rischio di contagio tra i differenti virus. Soltanto una piccola percentuale teme la possibilità di contrarre infezione da HBV, seppur sia stato dimostrato che possiede un rischio di trasmissione pari al 30% e quindi 10 volte maggiore rispetto all'epatite C.¹⁷ Una plausibile spiegazione a questo risultato potrebbe essere legata al fatto che la maggioranza della popolazione intervistata è stata vaccinata al virus B¹⁸ e considera tale vaccino attivo per tutta la vita.

La segnalazione degli incidenti sembra essere una pratica riconosciuta come importante; tuttavia, fra i soggetti che hanno subito almeno un incidente nel corso della propria carriera, non tutti dichiarano di averlo segnalato e la maggior parte non ha ricevuto una gestione post-esposizione. Questi risultati sembrano essere in linea con i dati riportati in letteratura^{13,19} in cui i casi non segnalati si aggirano fra il 5-65%. Le motivazioni principali che spingono a non segnalare l'incidente sono sovrapponibili a quelle evidenziate nello studio di Winchester et al.¹⁵ prima fra tutte quella di percepire il paziente come una fonte a basso rischio di contagio, seguita da ritenere la procedura di segnalazione troppo complessa all'interno della propria azienda, assenza di conoscenza della modalità di segna-

lazione, preoccupazione della violazione della privacy, considerare poco importante quella determinata segnalazione.

Gli intervistati ritengono che, per migliorare la segnalazione e gestire meglio un incidente da esposizione occupazionale, sarebbe interessante avviare un sistema di segnalazione elettronico che possa risolvere le problematiche sopra citate ed altresì snellire la procedura di denuncia come già suggerito da un recente studio.¹⁴ Inoltre, alla luce dei risultati emersi, le aziende sanitarie potrebbero attivare dei corsi di formazione che sensibilizzino gli operatori sull'importanza della segnalazione.

Limiti dello studio

La forza dello studio è caratterizzata dall'ampia numerosità campionaria. I dati sono stati raccolti dallo stesso ricercatore con uguale modalità in tutte le strutture, riducendo possibili bias di informazione. Tuttavia, lo studio presenta alcuni limiti come il ridotto tasso di risposta che potrebbe aver determinato un bias di selezione. È plausibile che coloro che hanno accettato di essere intervistati fossero più motivati ed interessati alla tematica rispetto ai non-rispondenti. In tal caso, potrebbe essersi verificata una sovrastima dei risultati. Infine, non sono state effettuate analisi per verificare eventuali associazioni fra le variabili socio-demografiche del campione e le conoscenze/percezioni degli operatori sulle esposizioni occupazionali.

CONCLUSIONI

Questo studio ha evidenziato una scarsa conoscenza circa il rischio di con-

tagiosità derivante da un'esposizione. Molti operatori sanitari sono preoccupati di contrarre l'HCV, ritendendolo il virus più pericoloso per la loro salute, probabilmente sottovalutando il tasso di rischio dell'HBV e dell'HIV. Inoltre, la percezione ingiustificata che il paziente sia una fonte a basso rischio di contagio, porta gli operatori sanitari a non segnalare l'accaduto. Tutti questi fattori, insieme alle altre barriere legate alla complessità della procedura di segnalazione, non solo espongono gli operatori ad un aumentato rischio per la propria salute durante la normale pratica clinica, ma sottolineano quanto, ad oggi, vi sia una sottostima degli incidenti occupazionali.

Lo studio offre degli importanti spunti di riflessione che potrebbero indirizzare le aziende sanitarie verso l'implementazione di nuovi sistemi di segnalazione, anche informatizzati, per il monitoraggio di tali eventi e la gestione del rischio clinico. Attraverso la segnalazione dell'evento si rende possibile, infatti, l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti e delle azioni di miglioramento e valutazione.

L'educazione sanitaria, rivolta ai professionisti, rappresenta sicuramente il principale fra i programmi di prevenzione per divulgare la cultura della sicurezza tra operatori sanitari.

Bibliografia

1. MC CORMICK R, MAKI D. *Epidemiology of needle-stick injuries in hospital personnel*. Am J Med. 1981;70 (4): 928-32.
2. YOUNG T, ARENS F, KENNEDY G, LAURIE JW, RUTHERFORD GW. *Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure*. Cochrane database of systematic reviews. 2007; (1): CD002835.

Nel nostro contesto culturale, non si parla volentieri di morte e di malattia quando si parla di bambini. Infatti, malattia grave e morte di un minore sono frequentemente percepiti come qualcosa di iniquo e profondamente ingiusto, quasi che la dimensione della sofferenza, ammessa e riconosciuta come parte integrante dell'esperienza umana, non sia estensibile a tutto l'arco dell'esistenza ma, in qualche modo, il bambino nelle diverse età e condizioni, ne sia esonerato. E' certamente vero che la incurabilità della malattia di un bambino è un evento distruttore e drammatico che porta, molto spesso, al diniego totale dell'evoluzione della stessa. Più frequentemente, pur cosciente della situazione drammatica, la famiglia cerca di difendere il bambino da una realtà troppo difficile e dolorosa. Il bambino, quindi, seppur "protagonista principale" della situazione, diventa solo "oggetto" di cura. Non è certamente facile affrontare questo problema: ma la difficoltà di risposta non può rallentare la ricerca né generare dubbi o perplessità sui Diritti del bambino e sui Doveri di chi lo accompagna e segue in questa fase della vita.

La Carta dei Diritti del Bambino morente, nasce con l'obiettivo di rimarcare i diritti del piccolo paziente, diritti che età, situazione, cultura, luogo e momento non possono minare. E ogni diritto genera dei doveri: la Carta li definisce e li declina cercando di integrare quanto professionalità, etica, deontologia, normativa e ricerca propongono. Il documento, analizza i bisogni del bambino morente, ne definisce i diritti e propone le modalità di risposta alle necessità fisiche, psicologiche, relazionali etiche e spirituali del bambino morente e di chi gli è a fianco. I 10 articoli di cui si compone la Carta ribadiscono, con forza, la centralità del bambino restituendogli il ruolo che spesso non gli viene riconosciuto e affermano come l'avvicinarsi della morte non determini la sospensione dei diritti alla persona ma anzi come la fragilità del bambino e della situazione, ne ingigantiscano il valore e non ammettano la possibilità di diniego.

La Carta diventa, dunque, strumento guida di riflessione e di comportamento a cui attingere per ricevere indicazioni, spunti e risposte applicabili per ogni bambino e per ogni situazione, nell'ottica di declinare nella realtà clinica, sempre e ovunque, il rispetto assoluto dei diritti. Il Documento avrà raggiunto il suo scopo se ogni persona che è accanto al bambino che muore saprà rimanergli vicino fino all'ultimo attimo di vita assicurandogli rispetto e dignità e non sarà impreparato ad accogliere la sua morte.

Franca Benini

DEFINIZIONI

I termini che vengono utilizzati nella Carta dei Diritti del Bambino Morente si caratterizzano per le definizioni sotto indicate:

Bambino: Soggetto di età compresa dai 0 ai 18 anni indipendentemente dal sesso, etnia, nazionalità e condizione di salute. Il termine, quindi, si riferisce a un'ampia tipologia di soggetti, in un continuum di età che vede da un lato il neonato, anche il prematuro estremo, e dall'altro l'adolescente fino alla maggiore età.

Famigliare: Qualunque persona, oltre ai genitori, riconducibile alla sfera parentale che, con il consenso genitoriale, può condividere la responsabilità dell'accudimento fisico e psico-sociale e spirituale del minore. Acquistano identiche responsabilità i tutori nominati dal tribunale.

Sanitari: Tutti gli operatori che a domicilio, in ambiente ospedaliero e in hospice si occupano dell'assistenza globale del bambino malato.

Bambino morente: Ogni bambino nella fase terminale della sua esistenza, quando il decesso è inevitabile.

Fine vita: Il periodo che precede la morte durante il quale le condizioni cliniche sono gravemente compromesse e le modificazioni delle funzioni vitali denunciano l'imminenza dell'exitus.

Capacità giuridica: Idoneità di un soggetto a essere titolare di diritti e doveri; è riconosciuta a ogni essere umano e si acquisisce sin dalla nascita. Ogni persona possiede tale capacità per il solo fatto di esistere a prescindere dalla durata della sua esistenza.

Capacità decisionale o di discernimento: Idoneità del bambino a esprimere liberamente la sua opinione sulle questioni che lo riguardano; deve essere presa in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità.

Cure palliative pediatriche: L'attiva presa in carico totale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e della sua famiglia. Richiedono un approccio globale (multiprofessionale e specialistico) in grado di alleviare le sofferenze fisiche, psicologiche e sociali del bambino, includendo sia i famigliari, che le risorse presenti nella comunità.

Qualità della vita: Percezione soggettiva della propria vita nel contesto socio-culturale e nell'ambito dei valori appartenenti all'ambiente in cui si vive e in relazione ai propri bisogni, desideri, preoccupazioni, aspettative e obiettivi.

Dolore: Esperienza sensoriale ed emotiva, associata a un danno reale o potenziale del tessuto o descritta con termini riferiti a tale danno. Il termine dolore esprime quindi, non solo il male fisico, ma anche la sofferenza che lo accompagna e che può generarsi, mantenersi e persistere anche in assenza di danno tissutale.

Sedazione palliativa/terminale: Approccio di cura mirato a gestire, ridurre o abolire la percezione della sofferenza dovuta a uno o più sintomi refrattari alla terapia: comporta la riduzione della vigilanza con mezzi farmacologici, anche fino alla perdita di coscienza.

CARTA DEI DIRITTI
DEL BAMBINO MORENTE
CARTA DI TRIESTE

IL BAMBINO MORENTE
HA IL DIRITTO DI

- 1 Essere considerato "persona" fino alla morte, indipendentemente dall'età, dal luogo, dalla situazione e dal contesto.
- 2 Ricevere un'adeguata terapia del dolore e dei sintomi fisici e psichici che provocano sofferenza, attraverso un'assistenza qualificata, globale e continua.
- 3 Essere ascoltato e informato sulla propria malattia nel rispetto delle sue richieste, dell'età e della capacità di comprensione.
- 4 Partecipare, sulla base delle proprie capacità, valori e desideri, alle scelte che riguardano la sua vita, la sua malattia e la sua morte.
- 5 Esprimere e veder accolte le proprie emozioni, desideri e aspettative.
- 6 Essere rispettato nei suoi valori culturali, spirituali e religiosi e ricevere cura e assistenza spirituale secondo i propri desideri e la propria volontà.
- 7 Avere una vita sociale e di relazione commisurata all'età, alle sue condizioni e alle sue aspettative.
- 8 Avere accanto la famiglia e le persone care adeguatamente aiutate nell'organizzazione e nella partecipazione alle cure e sostenute nell'affrontare il carico emotivo e gestionale provocato dalle condizioni del bambino.
- 9 Essere accudito e assistito in un ambiente appropriato alla sua età, ai suoi bisogni e ai suoi desideri e che consenta la vicinanza e la partecipazione dei genitori.
- 10 Usufruire di specifici servizi di cure palliative pediatriche, che rispettino il miglior interesse del bambino e che evitino sia trattamenti futili o sproporzionati che l'abbandono terapeutico.

3. WHO. *Reducing risks. Promoting healthy life*. World Health Organization. 2002, Geneva.
4. PURO V, DE CARLI G, SEGATA A, PICCINI G, ARGENTERO PA, SIGNORINI L. *Update on the subject of epidemiology of blood*. Ital Med Lav. 2010; 32 (3): 235-39.
5. PRANJIC N, AHMETAGIC S, STOJIC V. *Occupational sharp puncture and transmission of blood-borne viruses among hospital health care workers: many questions and few answers, Book of abstracts: ICTIP (International conference on trauma and injury prevention)*. 2012 Conference on trauma, 86-87.
6. Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. *Affettuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*. Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 – Supplemento Ordinario n. 108.
7. PETRUCCI C, ALVARO R, CICOLINI G, CERONE MP, LANCIA L. *Percutaneous and mucocutaneous exposures in nursing students: an Italian observational study*. J Nurs Schol-arsh. 2009; 41 (4): 337-43.
8. CICOLINI G, DI LABIO L, LANCIA L. *[Prevalence of biological exposure among nursing students: an observational study]*. Prof In-ferm. 2008; 61 (4): 217-22.
9. HAJJAJI DAROUICHE M, CHAABOUNI T, JAML HAMMA-MI K, MESSADI AKROUT F, ABDENNADHER M, HAMMA-NI A, et al. *Occupational blood exposure among health care personnel and hos-pital trainees*. Int J Occup Environ Med. 2014; 5 (1): 57-61.
10. XU YL, ZHU JY, HUANG CF, HU X, XIONG YH. *Occupational exposure to blood and body fluids among dental personnel in a Chi-nese dental hospital*. Chin J Dent Res. 2013; 16 (2): 119-25.
11. Progetto SIROH, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive I.R.C.C.S. L. Spallanzani, disponibile all'indirizzo: http://www.inmi.it/progetto_SIROH.html ultimo accesso 10 dicembre 2013.
12. Direttiva europea 2010/32/UE. *Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario*. Gazzetta Ufficiale dell'UE L 134/66 del 1° giugno 2010.
13. O'CALLAGHAN K. *Incident management: hu-man factors and minimizing mean time to restore*. PhD Thesis, Australian Catholic University, 10 march 2010.
14. BECIROVIC S, PRANJIC N, SARAJLIC S, AHMETAGIC S, HUSEINAGIC S. *Assessment of Reporting, At-titudes and Knowledge About the Stab In-cidents and Professional Risk of Viral In-fection among Health Care Professionals in Primary Health Care*. Mater Sociomed. 2013; 25 (2): 113-17.
15. WINCHESTER S, TOMKINS S, CLIFFE S, BATTY L, NCUBE F, ZUCKERMAN M. *Healthcare work-ers' perceptions of occupational ex-posure to blood-borne viruses and re-ported barriers: a questionnaire-based study*. J Hosp Infect. 2012; 82 (1): 36-39.
16. TADESSE M, TADESSE T. *Epidemiology of needlestick injuries among health care workers in Awassa City, Southern Ethio-pia*. Trop Doct 2010; 40 (2): 111-13.
17. FITZSIMONS D, MULLAN D, WILSON J, CONWAY B. *The challenge of patients' unmet pal-liative care needs in the final stages of chronic illness*. Palliat Med. 2007; 21 (4): 313-22.
18. UTI O, SOFOLA O. *Hepatitis B virus infec-tion and prevention in the dental clinic: knowledge and factors determining vac-cine uptake in a Nigerian dental teaching hospital*. Nig Q J Hosp Med. 2008; 18 (3): 145-48.
19. MOAZZAM A, ROBIN G, SALEM A, JULIE M, MUKAR-RAM A. *Blood and Body Fluid Exposure Re-lated Knowledge, Attitude and Practices of Hospital Based Health Care Providers in United Arab Emirates*. Saf Health Work. 2012; 3 (3): 209-15.



MEDICINA E DIRITTO

La rivista medico-giuridica, diretta dal Prof. Enzo Ronchi, analizza diversi aspetti del danno alla persona, la responsabilità civile del danno iatrogeno da responsabilità sanitaria e il rischio clinico e prevenzione dell'errore in sanità.