

Il filo conduttore del numero 4/2005 di Scenario è stato la formazione.

Sono state ricordate le parole della Presidente della Federazione dei Collegi IPASVI, Vicepresidente Aniarti, Annalisa Silvestro, *...il ruolo della formazione è fondamentale...*

È vero, la formazione rappresenta un ambito specifico, una funzione distinta degli infermieri, la quale richiede contenuti, competenza, metodo; anche in questo ambito non si può improvvisare, non si può restare fuori dall'attenzione a ciò che è *evidence based*, è in gioco un risultato troppo grande, ciò che la professione può essere in futuro, come può evolvere e cambiare.

Ma, in realtà, chi può dire di essere estraneo alla formazione?

Quanti di noi, durante l'attività professionale, non vengono a confronto con gli studenti infermieri?

L'impegno che ogni giorno docenti, infermieri e studenti approfondono nella loro attività ha, in ultima analisi, come obiettivo, una assistenza infermieristica capace di rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone.

Il tirocinio rappresenta l'ambito privilegiato per l'acquisizione delle competenze professionali, l'opportunità per tradurre il sapere acquisito in sapere esperienziale.

Vi è infatti chi sostiene che solo i contenuti applicati nell'apprendimento clinico vengono consolidati come competenza, ed inoltre ciò che accade nel contesto dei servizi ha molta più forza nel fissarsi nella memoria degli studenti.

Queste considerazioni sono sufficienti per rendere ragione della responsabilità che ogni infermiere che affianca gli studenti ha sul risultato finale, sul prodotto finito (l'infermiere formato).

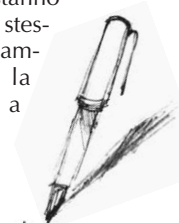
Inoltre, molti di noi, oggi, sono invece coinvolti nella formazione come studenti, nell'ambito dei Master e della Laurea Specialistica, mostrando determinazione, impegno, alto senso della professione, uguali (o superiori, perché determinati da maggiore consapevolezza?) a quelli degli studenti più giovani.

Non so se tutti vivono allo stesso modo questi risultati, per quanto riguarda chi scrive, mai sembra di avere percepito così forte l'orgoglio professionale e il potere di trasformazione legato alla formazione.

Anche in questo caso, ovviamente, come accade per la formazione continua, tutti, in realtà, sono inevitabilmente coinvolti, anche i colleghi che ci sostituiscono o svolgono una funzione vicariante per consentirci di frequentare le lezioni o di studiare.

Ritornano alla mente le parole di H. Mintzberg *"Se cambiamenti devono esserci (-in ambito professionale-), essi possono verificarsi solo lentamente, con la graduale sostituzione dei professionisti: ma il processo deve partire a monte, nel momento in cui i professionisti scelgono l'ambiente in cui svolgeranno la loro professione e anche prima, quando i futuri professionisti entrano all'università, apprendono le norme, ma anche le competenze tecniche che miglioreranno poi con l'esperienza"* (1989).

Gli infermieri non hanno aspettato di essere sostituiti, lo stanno facendo attraverso sé stessi, attraverso quel cambiamento che solo la formazione aiuta a compiere.



Paola Delella

Angela Peghetti, Infermiera esperto in Wound Care, Vice Presidente AISLeC, Azienda Universitaria - Ospedaliera S. Orsola-Malpighi Bologna, Rianimazione Cardiochirurgia
Marilena Moretti, Rosa Frattarolo, Anna Maria Russo, Infermiere, Azienda Universitaria Ospedaliera S. Orsola-Malpighi Bologna, Reparto di Cardiochirurgia
Sauro Forni, Infermiere, Azienda Universitaria - Ospedaliera S. Orsola-Malpighi Bologna, Sala Operatoria Cardiochirurgia

La guarigione delle ferite chirurgiche negli interventi di cardiocirurgia e l'influenza della medicazione sul processo di guarigione

Riassunto

Lo scopo di questo studio è stato quello di evidenziare quale può essere il miglior trattamento locale nella gestione delle ferite chirurgiche in pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca. Sono state paragonate le medicazioni tradizionali utilizzate di routine con medicazioni avanzate basate sulla più moderna filosofia di guarigione. Gli outcome valutati sono stati il dolore al cambio della medicazione, l'arrossamento, la tumefazione e le lesioni cutanee dovute alla rimozione delle medicazioni.

I risultati hanno evidenziato la necessità di ulteriori studi per aumentare la casistica ed affermare la potenzialità di miglioramento degli outcome nelle ferite gestite con medicazioni avanzate.

Parole Chiave: *Medicazione tradizionale, Medicazione avanzata, Cardiochirurgia, Dolore, Trial*



ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 01/02/06
 approvato il 16/02/06

L'interesse al problema della corretta gestione delle ferite chirurgiche, ha sempre interessato la nostra équipe multidisciplinare (infermieri, cardiocirurghi ed anestesisti), sia in relazione alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico che al conseguimento di un miglioramento della qualità nel trattamento di questo tipo di ferite. La bibliografia reperita in merito a questo argomento è varia ed analizza l'effetto dell'applicazione di alcuni antisettici sulla cute¹, e gli effetti di una scorretta gestione delle medicazioni al momento della loro rimozione². Si è evidenziato infatti come la prolungata e ripetuta applicazione di **jodiopovidone** sulla cute possa produrre reazioni locali con fenomeni allergici, fino al caso limite di manifestazioni a carico dell'apparato tiroideo con effetti sul metabolismo tiroideo stesso. Anche la scorretta gestione di garze o cerotti in sede di cambio medicazione può provocare alterazioni cutanee con arrossamenti, insorgenza di dermatiti e/o fenomeni allergici o,

nel caso di una scorretta rimozione delle medicazioni, alla formazione di **skin tears**. Il tutto oltre che provocare disagio al paziente, lo può predisporre alla possibilità di infezioni nei tratti irritati o lesionati.

Problema: alla luce di queste considerazioni e dopo aver valutato i difformi comportamenti in essere, abbiamo pensato di eseguire una ricerca comparativa.

Obiettivi

- *Comparare le medicazioni tradizionali costituite da garze, imbevute di soluzioni antisettiche (iodiopovidone, acqua ossigenata, ipoclorito di sodio) e fissate con cerotto garzato, con medicazioni avanzate, che prevedevano la detersione della ferita con soluzione salina, applicazione di alginato e fissaggio con pellicola di poliuretano sulla ferita principale e di schiuma di poliuretano sugli accessi dei drenaggi.*
- *Valutare i tempi di risoluzione della ferita chirurgica.*

- Valutare il rischio di insorgenza di infezioni.
- Valutare il dolore ed il disagio del paziente al cambio della medicazione.

Materiali e metodi

Il progetto ha previsto la realizzazione di una ricerca clinica randomizzata realizzata in tre U.O. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi (Sala Operatoria Cardiochirurgica, Rianimazione Cardiochirurgia e Sezione di semintensiva del Reparto di Cardiochirurgia).

Le medicazioni messe a confronto sono state le medicazioni avanzate, identificate attraverso la classificazione UNI EN ISO 9999 del nomenclatore tariffario, vs medicazioni tradizionali, definite come garze, imbevute o meno di soluzioni antisettiche.

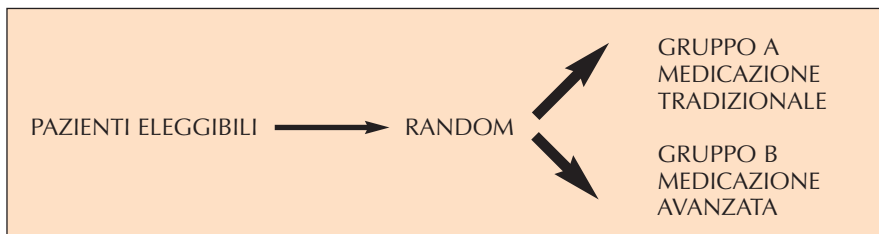
L'esecuzione delle medicazioni avanzate ha previsto la detersione della ferita con soluzione salina, seguita da applicazione di una benda composta di alginato di calcio e fissaggio della stessa con una placca di pellicola di poliuretano sulla ferita principale e di schiuma di poliuretano sul punto di accesso dei drenaggi. La medicazione tradizionale ha previsto l'antisepsi della ferita con **jodiopovidone** ed apposizione sulla ferita e sui punti di inserzione dei drenaggi di garze asciutte fissate con cerotto di tela.

Gli accessi chirurgici osservati sono stati: sternotomie, toracotomie e laparotomie tutti suturati con sutura intradermica. I pazienti selezionati erano sia di sesso maschile che femminile in età compresa tra i 50 e gli 80 anni che eseguivano l'intervento in regime di elezione.

Sono stati esclusi i pazienti operati in regime di urgenza, con anamnesi positiva per emodialisi, cirrosi epatica ed emopatia, data l'influenza di queste patologie sul processo di riparazione tissutale, pazienti sottoposti a laparotomie suture con punti metallici. Sono stati esclusi dallo studio anche dopo l'arruolamento i pazienti sottoposti a riapertura post intervento, per esempio per sanguinamento, i pazienti deceduti ed i pazienti trasferiti presso altri reparti/strutture.

Sono stati arruolati per lo studio 40 pazienti per ogni braccio della rando-

Disegno dello studio



mizzazione per un totale di 80 casi osservati.

Strumenti: in ogni reparto sono stati individuati degli infermieri referenti per lo studio con il compito di supportare e consigliare i colleghi in caso di dubbi. Per la rilevazione dei dati sono state utilizzate delle schede predisposte. (vedi allegato)

Parametri rilevati: i parametri osservati per ogni paziente erano dolore, arrossamento della cute entro i 2 cm. dalla sutura, presenza di secrezioni, presenza di tumefazione, lesioni cutanee da strap-

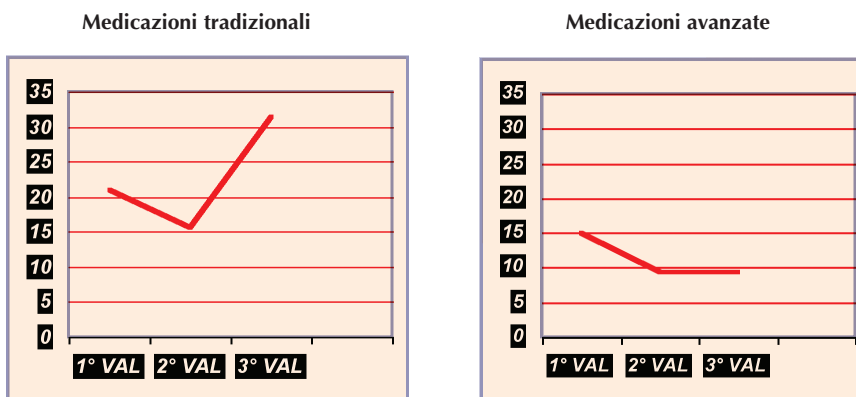
po **skin tears**, iperpiressia (l'iperpiressia, in un secondo tempo non è stata analizzata in quanto il dato è stato considerato sporco).

L'osservazione è stata effettuata:

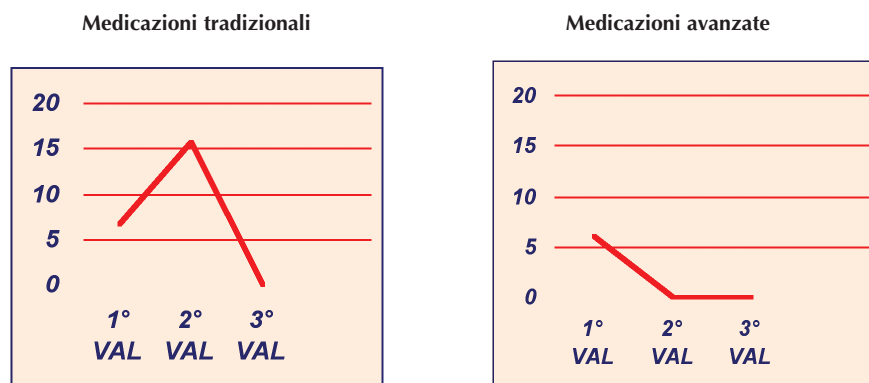
- alla 48° ora dall'intervento cioè al primo cambio di medicazione, momento della rimozione dei drenaggi;
- alla 96° ora, momento in cui si lascerà scoperta la ferita chirurgica;
- in 6°-7° giornata, alla rimozione dell'elettrodo epicardico.

Risultati:

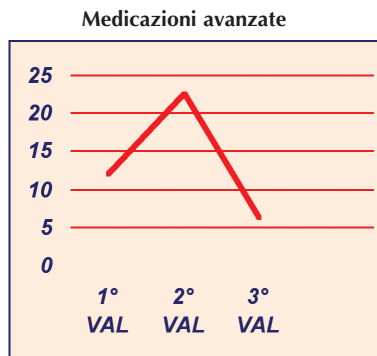
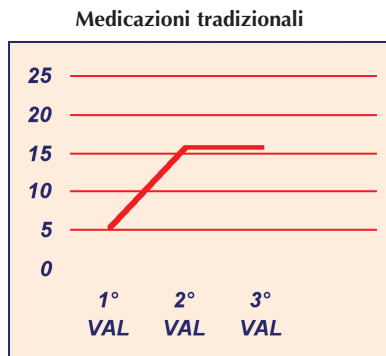
Risultati: osservazione arrossamento < ai 2 cm.



Risultati: osservazione lesioni cutanee.



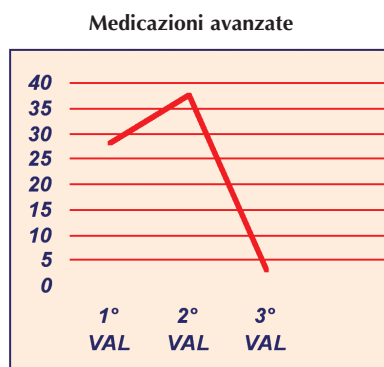
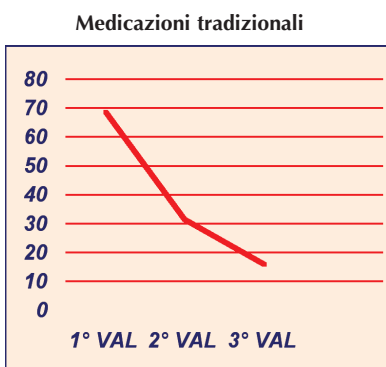
Risultati: osservazione secrezioni.



Risultati: osservazione tumefazione.



Risultati: osservazione dolore vas > 5.



Commento dei risultati

La comparazione tra i due tipi di medicazione ha fatto osservare che le medicazioni avanzate consentono:

- una riduzione dell'arrossamento,
- una riduzione della tumefazione,
- una riduzione delle secrezioni

quindi riduzione dei tempi di risoluzione della ferita chirurgica.

- Una riduzione del dolore e del disagio del

paziente al cambio della medicazione.

Non si sono evidenziate sostanziali differenze nel controllo delle infezioni tra i due tipi di medicazione.

Conclusioni

I punti di forza di questo studio sono stati:

- il raggiungimento di una maggiore collaborazione tra i vari dipartimenti,

- la graduale sensibilizzazione del gruppo alla ricerca,
- la collaborazione dei team medici (cardiochirurghi-anestesisti),
- il progresso della conoscenza sulle proprietà delle medicazioni avanzate.

Si sono evidenziati alcuni punti di debolezza:

- lo scarso interesse e partecipazione di alcuni colleghi,
- la scarsa cultura per la ricerca,
- la difficoltà nel rispetto dei tempi di valutazione causate dalla variabile pazienti.

Ci si auspicano comunque delle ricadute clinico organizzative:

- una maggiore collaborazione tra professionisti,
- una validazione ulteriore dell'autonomia nella scelta del trattamento più idoneo in termini di efficacia ed efficienza,
- lo stimolo ad eseguire nuove ricerche,
- l'ottimizzazione delle prestazioni assistenziali in termini di efficacia,
- il cambio del tipo di antisepsi,
- una ulteriore sensibilizzazione rispetto al dolore del paziente.

Bibliografia

- 1) FLYNN J. Povidone-iodine as a topical antiseptic for treating and preventing wound infection: a literature review. Br J Community Nurs. 2003 Jun; 8(6 Suppl): S36-42.
- 2) HEALE ARMSTRONG MARGARET, RN MSC, WOCN; PATRICIA PRICE, PHD2 Feature: Wet-to Dry Gauze Dressing: Fact and Fiction Wounds - ISSN: 1044-7946 - Volume 16 Issue 2 - February 2004 - Pages 56 - 62.

Abstract

The aim of this study was to highlight better local treatments of surgical wounds in cardiac surgery patients. Routine dressings have been confronted with advanced dressings up to date with the last healing theories. Outcomes evaluated were: pain during dressing removal, skin redness and oedema, skin lesions on dressing removal.

Results demonstrate the need of further studies to increase study population to confirm the potential of improvement of advanced dressings on outcomes.

Key words: Dressing, Idrocolloid, Cardiac Surgery, Pain, Trial

Allegati

SCHEDA ANAGRAFICA				
CODICE A BARRE.....				
SESSO	M	F		
ETA'	50/57	58/62	63/67	
	68/72	73/77	78/85	
RAZZA	CAUCASICA	?		
	ASIATICA	?		
	NERA	?		
DIABETICO	SI	NO		
IPERTESO	SI	NO		
OBESO	SI	NO		
STATO NUTRIZIONALE: PROT. TOT. ALBUMINA COLEST.				
FUMATORE	SI	NO		
IN TERAPIA STEROIDEA	SI	NO		
ALTRE PATOLOGIE				
.....				
.....				
.....				

Allegati

OSSERVAZIONE		GIORNATA
ARROSSAMENTO	SI NO	
	SE SI:	
	ENTRO DUE CENTIMETRI DALLA LINEA DI INCISIONE	?
	OLTRE DUE CENTIMETRI DALLA LINEA DI INCISIONE	?
TUMEFUZIONE	SI NO	
	SE SI:	
	ENTRO DUE CENTIMETRI DALLA LINEA DI INCISIONE	?
	OLTRE DUE CENTIMETRI DALLA LINEA DI INCISIONE	?
SECREZIONI	SI NO	
	SE SI:	
	EMATICHE	?
	SIEROSE	?
	PURULENTE	?
IPERPIRESSIA	NO SI Tc.....	
LESIONE CUTANEA DOVUTA AL PRESIDIO	SI NO	
DOLORE PROVOCATO DAL CAMBIO DELLA MEDICAZIONE SECONDO LA SCALA DI VAS	PUNTEGGIO	

Loris Burei, Claudio Centis, Daniela Lovisa, Cesare Manzini, Claudio Romanzin, Infermieri, Azienda Ospedaliera "S.Maria degli Angeli"
 Eliana Franceschino, Laura Magagnin, Paola Perazzolo, Infermiere Specializzati in Area Critica e dell'Emergenza, C.O. 118 Pordenone

Lo studio P.A.C.S. 2003: Pordenone Arrest Cooperative Study

Studio Provinciale sull'arresto cardiaco extra-ospedaliero

A cura del Gruppo di Studio Infermieristico per l'ACR della C.O. 118 di Pordenone



Riassunto

Questo studio sull'arresto cardiaco extra-ospedaliero condotto tra il 2003 e il 2004 dagli infermieri della Centrale Operativa 118 di Pordenone, nasce dall'esigenza di verificare periodicamente il proprio operato in termini di applicazione delle linee guida sull'a.c.r., . È infatti il terzo studio sull'outcome dei pazienti trattati da noi infermieri sul territorio in 13 anni di attività e che ci rimette nuovamente in discussione. I dati sono stati confrontati con altri studi che hanno utilizzato l'Utstein Style.

Parole chiave: Arresto cardiaco extra-ospedaliero, Sopravvivenza, Stile Utstein

Obiettivo dello studio

L'obiettivo primario era quello di valutare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata ai pazienti soccorsi per a.c.r., monitorando:

- l'incidenza dell'arresto cardiaco in provincia;
- l'outcome dei pazienti in funzione dei tempi di soccorso e del primo ritmo rilevato al monitor;
- la sopravvivenza ad un anno dalla dimissione;
- l'individuazione dei punti di ricaduta passibili di miglioramento;
- comparazione dei dati ottenuti con altri studi internazionali e il FACS '94;
- rilevare quale immagine ha il cittadino della figura dell'Infermiere del 118, soprattutto in termini di comunicazione corretta.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto dal 1 febbraio 2003 al 29 febbraio 2004, utilizzando una apposita scheda di raccolta dati creata secondo i criteri dell'Utstein Style (per rendere così i dati paragonabili agli studi internazionali). È stata condotta una ricerca su Internet riguardo alla letteratura internazionale in materia ed è stato creato un apposito plico infor-

mativo (comprendente i criteri di Inclusion/esclusione dei pazienti, obiettivi, metodi e tempi della ricerca, struttura e modalità di compilazione della scheda PACS 2003) distribuito a tutti i colleghi durante le riunioni tenutesi in provincia.

Per quanto riguarda la rilevazione della percezione della figura dell'infermiere da parte del cittadino e la correttezza della comunicazione infermiere-cittadino, è stata condotta una intervista telefonica ai parenti/astanti dei pazienti soccorsi per a.c.r., utilizzando una apposita scheda.

È stato coinvolto tutto il personale infermieristico che opera a bordo dei mezzi di soccorso dell'intera provincia di Pordenone (Sacile, Maniago, Spilimbergo, San Vito al Tagliamento e Pordenone), nominando dei referenti in ogni Pronto Soccorso periferico e nell'ambito della C.O.118. Tutto il personale (autisti e infermieri) è certificato BLDS IRC e oltre il 50% degli infermieri anche in ACLS: comunque vengono applicate le Linee Guida ACLS e gli infermieri sono stati addestrati nella Gestione Avanzata delle Vie Aeree. La peculiarità della C.O.118 di Pordenone (attivata nel 1991), è sempre stata quella di avere l'infermiere come unica figura di riferimento, sia in C.O. che a bordo dei mezzi di soccorso.

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 10/02/06
 approvato il 04/04/06

* Rielaborazione di uno studio presentato al Congresso Mondiale di Medicina d'Urgenza tenutosi a fine agosto 2005 a Buenos Aires!

Sono state chieste le Autorizzazioni del caso alle Direzioni Sanitarie delle due Aziende della Provincia ("A.O.S.M.d.A." e A.S.S.6) anche per quanto riguarda l'intervista telefonica ai parenti dei pazienti soccorsi.

L'analisi dei dati è stata condotta grazie al prezioso aiuto di un esperto di analisi statistiche e studi internazionali in materia di a.c.r., con supporto informatico "SPSS", che ci ha anche fornito validi suggerimenti durante l'esecuzione dello studio.

Risultati

Lo studio è stato condotto sull'intero territorio della provincia di Pordenone¹, dal 1 febbraio 2003 al 29 febbraio 2004.

Durante il periodo di conduzione si sono verificati 552 arresti cardiaci extra-ospedalieri (incidenza 1,8%), ma solo 247 sono stati sottoposti a Rianimazione Cardio-Polmonare, di cui 53 avevano eziologia non cardiaca e 194 ad eziologia cardiaca.

Il 72% degli a.c.r. è avvenuto in casa (per cui spesso non testimoniati) e il 35% in luogo pubblico. Solo l'11,3% ha ricevuto RCP da astanti in attesa dell'ambulanza.

Riguardo al primo ritmo rilevato al monitor: l'89,9% era in asistolia o in PEA (*pulseless electrical activity*), di cui il 37,5% ha avuto ROSC (*return of spontaneous circulation*) e il 4,8% è stato dimesso; il 20,1% era in FV/TV (*fibrillazione ventricolare / tachicardia ventricolare*), di cui il 69,2% ha avuto ROSC e il 41,4% è stato dimesso.

La maggior parte dei ROSC si è verificata nelle fasce di età 61-80 anni, ma la maggior parte delle dimissioni si è verificata nella fascia 41-60 aa.

Il nostro tempo medio di arrivo sul posto è stato di 8 minuti.

Su 9 pazienti soccorsi per FV/TV entro

Nota

¹ Densità abitativa: 125,90 ab/Km². Popolazione presente: 287.966. Popolazione residente: 286.198. Superficie territoriale: 2.273,22 Km². Altitudine media: 186,98 m slm. Altitudine massima: 2.706 m slm. Altitudine minima: 7 m slm.

4 minuti, 8 hanno avuto ROSC e sono stati dimessi, mentre oltre i 12 minuti il 14,2% ha avuto ROSC ma nessuno è stato dimesso.

La valutazione neurologica è stata effettuata a 24 e 48 ore come da protocollo Utstein utilizzando il G.C.S. e la scala O.P.C./C.P.C..

Abbiamo avuto conferma che GCS e OPC/CPC a 48 ore sono predittivi per l'outcome dei pazienti soccorsi per ACR: gli 11 pazienti dimessi con CPC e OPC= 1, avevano a 48 ore il GCS compreso tra 14 e 15 punti, mentre i 3 pazienti dimessi con CPC e OPC= 4 (stato vegetativo), avevano a 48 ore un GCS di 3.

La decisione di iniziare o meno le manovre rianimatorie non è stata inficiata dalla presenza di patologie preesistenti.

La percentuale di FV/TV è stata del 20% sul totale degli a.c.r. (alta rispetto altri studi) e soprattutto sorprendente è stato l'outcome decisamente migliore rispetto allo Studio FACS condotto nel 1994 in Friuli Venezia Giulia:

FACS '94: ROSC= 40%
Dimessi= 14% (incidenza = 25,8%)

PACS '03: ROSC= 68%
Dimessi= 41% (incidenza = 20,1%)

Confrontando i dati con altri studi internazionali, l'incidenza delle FV/TV va dal 14% di Victoria (Australia) e dello studio condotto a bordo degli aerei di linea della U.S.Airline, al 39% di Copenhagen (condotto in 11 anni).

Interessante lo studio condotto all'interno dei Casinò USA con il 59% dei dimessi su pazienti in a.c.r. da FV defibrillati entro 3 minuti da personale addestrato.

Le notevoli differenze nei dati rilevati, seppur tutti utilizzando l'Utstein Style, sono dovute a contesti e sistemi di emergenza completamente differenti.

Discussione e Conclusioni

Certamente molto resta da migliorare, a partire dalle composizioni degli equipaggi (auspicabili sempre di 3 unità!), dai tempi di soccorso (nonostante l'utilizzo di postazioni sarebbero necessari

più mezzi), ma sono fattori indipendenti dalla nostra volontà.

Sono in via di attivazione delle postazioni PAD nelle zone più disagiate della Provincia e si sta pensando ad un progetto in accordo con la Cardiologia per un monitoraggio, istruzione e diverso approccio ai pazienti cardiopatici noti.

È già attivo il Progetto PACS 2004 che comprende un Protocollo di Gestione Chiamata e nuove Linee Guida per i pazienti rinvenuti in a.c.r. da FV/TV (secondo gli ultimi studi internazionali).

Dopo aver apportato (per quanto ci sarà possibile) queste modifiche al nostro Sistema Provinciale, effettueremo le verifiche del caso, perché, come dice qualcuno: *il mondo va avanti...* e visto che siamo un gruppo infermieristico che ha la fortuna di potersi *autogestire*, possiamo dimostrare che l'infermiere è un valido professionista al servizio del cittadino.

Segnaliamo con orgoglio che un gruppo di infermieri con questo studio sull'a.c.r. extra-ospedaliero ha vinto il primo premio al concorso tenutosi nell'ambito del Congresso Mondiale di Medicina d'Urgenza tenutosi a fine agosto 2005 a Buenos Aires!

Bibliografia

1. STUDIO F.A.C.S. 1994 ("Friuli Arrest Cooperative Study") *Resuscitation* 1998;36;153.
2. MAGAGNIN L., RAFFIN L.: "Assistenza all'amalato in ACR in ambulanza:equipe senza il medico". Atti del 14° Congresso Nazionale Anarti Genova 1996 Area Critica: presente e futuro con i cittadini.
3. VALENZUELA TD et al. "Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos". *N Engl J Med* 2000;343:1206-9;
4. CAPUCCI A. et al. "Out of hospital early defibrillation successfully challenges sudden c.a.: the Piacenza Progetto Vita Project". PMID 12611123, PubMed indexed for Medline.
5. CAPUCCI A. et al "Tripling survival from sudden c.a. via early defibrillation without education in cpr." PMID 12196330, PubMed indexed for Medline.
6. EISENBURGER P. et al. "C.a. patients in an alpine area during a 6 year period". PMID 11719172 PubMed indexed for Medline.
7. REWERS M. et al. "One-year survival after out-of-hospital c.a. in Copenhagen according to the "Utstein Style". PMID 11008151, PubMed indexed for Medline.

8. FREDRIKSSON M. et al. "Nineteen years' experience of out-of-hospital c.a. in Gothenburg - reported in Utstein Style". PMID 12867308 PubMed indexed for Medline / Resuscitation 2003;58;37-47.
9. LAYON A.J. et al. "Utstein Style analysis of rural out-of-hospital c.a. total cpr time inversely". PMID 12505740 PubMed indexed for Medline./ Resuscitation 2003;56;59-66.
10. JENNINGS P. et al. "Survival from out-of-hospital c.a. in the Geelong region of Victoria, Australia." PMID 11554863 PubMed indexed for Medline.
11. PAGE R.L. et al. "Use of A.E.D. by U.S.Airline"- New England Journal of Medicine 2000;343;1210-1216.

Hanno partecipato allo studio "PACS 2003":

Il gruppo di studio infermieristico per l'a.c.r. extra-ospedaliero della Provincia di Pordenone (C.O.118 PN):

Infermieri, *Loris Burei, Claudio Centis, Daniela Lovisa, Cerare Manzini, Claudio Romazin*
 Infermieri Specializzati:
Eliana Franceschino, Laura Magagnin, Paola Perazzolo

Responsabile dello studio

Infermiera Specializzata:
Laura Magagnin

Raccolta dati

Infermieri: *Loris Burei, Claudio Centis, Daniela Lovisa*

Registrazione dati e Co-Responsabile

Infermiera Specializzata:
Eliana Franceschino

Ricerca bibliografica

Infermiere: *Cesare Manzini*

I referenti dei P.S. periferici della Provincia di Pordenone

P.S. San Vito al Tagliamento

Infermiere: *Isabella Bianchini, Eliana Fabris,*
 Infermiere Specializzata:
Claudia Hattinger

P.S. Spilimbergo

Infermiere: *Emilia Venier;*
 Infermiere Specializzata: *Vilma Boran*

P.S. Maniago

Infermiere: *Vally D'Andrea,*
Cristina Patrizio

P.S. Sacile

Infermiere: *Vittorina Chiaradia*

Si ringraziano per la preziosissima collaborazione

Per la stesura della scheda PACS

Infermiere: *Stefano Babuin* (C.O. 118 PN)

Per l'analisi dei dati statistici

Dottor: *Fulvio Kette* (DEA A.S.S. 6)

Per il supporto gestionale

Caposala: *Flavia Gussoni* (C.O. 118 PN)

Caposala: *Tiziana Modolo* (A.O. PN)

Caposala: *Lucia Raffin* (DEA A.O. PN)

Dottor: *W. P. Mercante* (DEA A.O. PN)

Dottor: *Fulvio Kette* (DEA A.S.S. 6)

Per la gentile collaborazione nella raccolta dati, ringraziamo tutti i colleghi della C.O. 118 di Pordenone, dei Pronto Soccorso di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo, Maniago e Sacile.

Abstract

This study of out of hospital cardiac arrest performed between 2003 and 2004 by nurses of the Emergency Call Center (118) of Pordenone, was started to periodically verify performance applying Cardiac Arrest Guidelines. It is, in fact, the third study on outcomes of patients treated by the nurse group in the out of hospital setting over 13 years, that has helped us in appraisal and critique. Data from the study was compared with other studies using the Utstein Style.

Key words: *Out of Hospital Cardiac Arrest, Outcome, Survival, Utstein Style*

"IL GAZZETTINO" - Domenica 21 maggio 2006

Porto Viro

Infermieri "prof": successo del corso per l'emergenza

Porto Viro

(e.m.) Organizzato dalla Casa di Cura "Madonna della Salute" in collaborazione con l'Aniarti (Associazione nazionale infermieri di area critica), si è tenuto un corso di aggiornamento professionale destinato al settore infermieristico su "L'emergenza intraospedaliera".

Formazione professionale e continuo aggiornamento sono necessari in ogni attività umana, ma forse mai tanto quanto sono indispensabili in ambito sanitario. Non per nulla è oggi imposto ai professionisti della sanità l'obbligo di partecipare a tale formazione, verificata attraverso l'attribuzione di crediti formativi, garantiti dalla frequenza di corsi e convegni.

Il corso si è proposto di fornire (come ha sottolineato la responsabile dell'evento, Sofia Bellan, infermiere coordinatore della Casa di Cura) conoscenze scientifiche mirate alla corretta ed efficace gestione dell'emergenza ospedaliera. La positività dell'iniziativa, con il Comune che ha messo a disposizione la sala Eracle per le due intense giornate di studio, è rilevante, oltre che dal consistente numero di crediti formativi assegnati, anche dal numero dei partecipanti: 45 infermieri provenienti anche da fuori Regione, a certificare l'interesse che l'argomento ha suscitato. A relazionare sulle conoscenze necessarie per gestire al meglio l'emergenza ospedaliera (relative non solo al riconoscimento dei sintomi indicativi del verificarsi di una situazione critica, ma anche finalizzate a saper eseguire interventi e trattamenti con la conoscenza quindi e l'utilizzo delle risorse tecnologiche e dei materiali per la gestione dell'emergenza, Achille Di Falco e Valter Favero, infermieri coordinatori dell'Azienda ospedaliera di Padova.

Loris Burei, Claudio Centis, Daniela Lovisa, Cesare Manzini, Claudio Romanzin, Infermieri, Eliana Franceschino, Laura Magagnin, Paola Perazzolo, Infermiere, Specializzate in Area Critica e dell'Emergenza, C.O. 118 Pordenone, Azienda Ospedaliera "S.Maria degli Angeli"

Come il cittadino percepisce la professionalità dell'infermiere del 118 nella gestione dell'arresto cardiaco extra - ospedaliero?

A cura del Gruppo di Studio Infermieristico per l'ACR della C.O. 118 di Pordenone



Riassunto

Questo studio condotto tra il 2003 e il 2004 dagli infermieri della Centrale Operativa 118 di Pordenone, nasce dall'esigenza di verificare periodicamente il proprio operato in termini di immagine ricevuta dall'utenza. È infatti il terzo studio sull'outcome dei pazienti trattati da noi infermieri sul territorio in 13 anni di attività. Lo scopo di questa indagine era studiare la qualità della nostra comunicazione con l'utenza.

Parole chiave: Arresto cardiaco extra-ospedaliero, Percezione

Obiettivo dello Studio

Scopo principale del lavoro era conoscere quali sono stati i problemi rilevati dal cittadino durante le varie fasi del soccorso (dalla gestione della chiamata alla gestione del soccorso sulla scena dell'evento), con particolare riferimento alla correttezza della comunicazione da parte dell'infermiere, con l'intento di eseguire le opportune modifiche ove e qualora fosse necessario.

Materiali e metodi

Abbiamo scelto l'intervista telefonica perché facile, breve e pratica per la nostra raccolta dati. Come per lo studio PACS, anche questa indagine è stata interamente ideata e condotta da infermieri, di cui solo una piccola parte si è occupata della realizzazione delle interviste stesse.

Il questionario utilizzato per condurre l'intervista telefonica è stato creato *ad hoc* in quanto non abbiamo reperito materiale utile in letteratura, strutturandolo in 2 parti: la prima con 12 doman-

de chiuse (SI/NO), mentre nella seconda parte si lasciava lo spazio ai parenti/astanti di rilasciare commenti, suggerimenti e stimolando le critiche per poter migliorare il servizio.

Il questionario è stato sottoposto solo ai parenti o astanti degli a.c.r. rianimati, escludendo i casi di a.c.r. da trauma in strada e nelle Case di Riposo /RSA, rintracciando i familiari che avessero assistito all'evento e poi al soccorso tramite i numeri telefonici rilasciati alla C.O.118.

Dopo aver ottenuto l'autorizzazione dalla Direzione Sanitaria (*per la raccolta di dati inerenti le persone assistite*) e garantendo ovviamente la privacy, ci siamo chiesti dopo quanto tempo e in che modo sottoporre l'intervista ai parenti (c'era molto timore e dubbi da parte nostra vista la drammaticità dell'evento che andavamo a rievocare). Perciò abbiamo chiesto la consulenza di uno psicologo, che ci ha consigliato, oltre alle modalità di esecuzione, un tempo di *rielaborazione* di 4-6 mesi dall'evento (con tempi più lunghi sarebbero stati rimossi troppi particolari).

Prima di iniziare ogni intervista verificavamo il caso nei particolari consul-

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 10/02/06
approvato il 04/04/06

* Rielaborazione di uno studio presentato al Congresso Mondiale di Medicina d'Urgenza tenutosi a fine agosto 2005 a Buenos Aires!

tando la scheda PACS e le relative schede di centrale e di ambulanza, per avere un quadro preciso del contesto trovato dai colleghi intervenuti.

Abbiamo deciso di presentarci di volta in volta agli intervistati, precisando che lo scopo era unicamente quello di raccogliere una immagine del nostro lavoro di infermieri svolto in situazioni particolari per cercare di migliorare il servizio, specificando che eravamo autorizzati dalla Direzione Sanitaria e che tutto era coperto da segreto professionale, che potevano verificare la veridicità richiamando il 118 e che comunque potevano rifiutare in qualsiasi momento di proseguire.

Presentazione dei dati

Sui 247 casi di a.c.r. sottoposti a RCP sono state condotte 114 interviste (molti non sono stati reperiti, altri hanno cambiato residenza, altri numeri non erano corretti o disattivati). Solo 5 su 114 hanno rifiutato di rispondere al questionario.

Questionario intervista telefonica:

- 1) Aveva già conoscenze riguardo l'arresto cardiaco e la rianimazione cardio-polmonare?
- 2) Ha capito subito la gravità della situazione?
- 3) Ha chiamato subito il 118?
- 4) L'infermiere del 118 l'ha aiutata a fornire le informazioni necessarie?
- 5) Si sentiva "in mani sicure" durante il colloquio telefonico?
- 6) Le sono state fornite indicazioni per l'esecuzione delle manovre di rianimazione in attesa dell'ambulanza?
- 7) Le indicazioni erano chiare e utili?
- 8) Le ha eseguite?
- 9) All'arrivo dell'ambulanza ha riconosciuto i ruoli dei componenti dell'équipe (autista e infermieri)?
- 10) L'equipaggio le ha fornito informazioni riguardo la situazione del suo parente e alle manovre che stavano eseguendo?
- 11) Se sì, erano chiare, complete ed esaurienti?
- 12) Secondo la sua percezione l'equipaggio le è sembrato competente nell'esecuzione dell'intervento?

La maggior parte degli intervistati (85) non aveva conoscenze specifiche riguardo l'arresto cardiaco e la rianimazione cardio-polmonare: molti avevano visto qualcosa in televisione e solo 22 conoscevano le manovre di RCP perché avevano lavorato in ospedale o erano volontari del soccorso. Comunque tutti intendono una *situazione grave con rischio di vita del paziente*.

Novantaquattro (94) persone hanno capito subito la gravità della situazione e altrettanto correttamente hanno allertato la C.O.118. Purtroppo ben 15 persone non hanno riconosciuto la gravità del quadro e hanno chiamato parenti o cercato il medico curante (gli altri non erano presenti).

Novantasei (96) persone hanno affermato di essere stati aiutati al telefono dall'infermiere della C.O. a fornire i dati necessari, aggiungendo che l'operatore era *gentile ed educato* e che li ha guidati bene nel rilasciare tutte le informazioni necessarie. Solo 2 intervistati hanno risposto che *se non perdevano tanto tempo al telefono arrivavano prima*.

Solo in 9 casi siamo riusciti a intervistare in prima persona gli astanti che hanno ricevuto indicazioni ad eseguire RCP (che ritenevano le indicazioni chiare e utili): 5 hanno eseguito, 2 *non se la sono sentita* e 2 hanno fatto eseguire a terzi. Abbiamo chiesto agli altri come si sarebbero comportati se avessero ricevuto tali indicazioni: qualcuno avrebbe eseguito, altri no perché erano troppo impressionati, mentre 4 persone erano seccate per non aver potuto far niente.

Tutti gli intervistati (tranne qualcuno che conosceva personalmente gli operatori) non sono stati in grado di riconoscere il ruolo dei singoli componenti dell'équipe (96 sui 114): qualcuno ha dedotto che l'uomo era l'autista e la donna l'infermiera o un medico. (N.B.= *nonostante le divise a norma, non abbiamo le scritte che evidenziano la qualifica*).

Viene segnalato che non sempre vengono informati i parenti sulla situazione e le manovre eseguite (43=NO e 57=SI). Molte volte le persone riferiscono di aver intuito per conto proprio che *le cose non si stavano mettendo bene per il proprio caro*. Verificando i singoli

casi, nella maggior parte di quelli in cui la comunicazione è stata carente, si trattava di equipaggi composti da solo 2 unità (si capisce che in tali contesti a volte è difficile fare tutto, *presto e bene!*).

Ovviamente gli intervistati hanno riconosciuto di non essere in grado di valutare nei particolari la competenza del personale, ma ciò che è stato osservato e riconosciuto come competenza sono stati l'atteggiamento, la disponibilità, la rapidità nelle azioni. In un solo caso il personale è stato giudicato incompetente.

Riportiamo qui di seguito alcune delle frasi della seconda parte della scheda di intervista telefonica che ci hanno colpito di più e che ci hanno spinto a riflettere sul nostro essere infermieri:

"È deplorabile che una persona deceduta debba rimanere su una panchina"
"Dal punto di vista umano sono stata trattata molto male"

"Non hanno eseguito la rianimazione fino in fondo, perciò non so se hanno fatto tutto il possibile"

"Sono stato cacciato fuori dalla stanza: magari avrei potuto imparare qualcosa.."

"Mi hanno mandato fuori perché non c'era posto, ma forse è meglio così"

"I commenti riguardo l'intervento devono essere fatti possibilmente lontano dai familiari"

"Tempi lunghi di intervento, anche a causa della telefonata"

"Se mi avessero dato indicazioni sulle manovre, avrei eseguito"

"Mi avete detto come fare le manovre e poi mi avete interrotto richiamandomi al telefono"

"Hanno dimesso la mia parente alle 17 e alle 20 è morta"

"Ci vorrebbe una campagna di sensibilizzazione su cosa fare in questi casi"

"Servirebbero più ambulanze"

"Ci vuole un medico sulle ambulanze per salvare le vite" (N.B.: paziente con ROSC e Dimessa : senza medico a bordo)

"Rimpiango di non aver saputo fare di più per la mia parente"

"Noi utenti spesso intralciamo e criticiamo il lavoro delle persone competenti"

"Nulla da eccepire: hanno lasciato il

motore acceso dell'ambulanza per correre da mio padre e avevano anche una macchina che parlava".

Discussione e Conclusioni

Abbiamo notato che vi sia da migliorare, infatti, in base ai risultati ottenuti dalle interviste telefoniche sull'immagine dell'Infermiere percepita dal cittadino, stiamo rivedendo il nostro metodo di interfacciarsi con l'utenza.

Abbiamo inoltre attivato percorsi formativi specifici rivolti alla comunicazione con l'utenza.

Come per lo studio precedente riteniamo doveroso, dopo aver attuato alcune azioni correttive, ripetere lo studio per valutare se le nostre azioni hanno agito realmente sulla valutazione della figura dell'infermiere da parte delle persone che ci vedono operare.

Bibliografia

1. STUDIO F.A.C.S. 1994 ("Friuli Arrest Cooperative Study") *Resuscitation* 1998; 36;153.
2. MAGAGNIN L., RAFFIN L.: "Assistenza all'ammalato in ACR in ambulanza:equipe senza il medico". Atti del 14° Congresso Nazionale Anarti Genova 1996 Area Critica:presente e futuro con i cittadini.
3. VALENZUELA TD et al. "Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos". *N Engl J Med* 2000;343:1206-9;
4. CAPUCCI A. et al. "Out of hospital early defibrillation successfully challenges sudden c.a.: the Piacenza Progetto Vita Project". PMID 1261123, PubMed indexed for Medline.
5. CAPUCCI A. et al "Tripling survival from sudden c.a. via early defibrillation without education in cpr." .PMID 12196330, PubMed indexed for Medline.
6. EISENBURGER P. et al. "C.a. patients in an alpine area during a 6 year period". PMID 11719172 PubMed indexed for Medline.
7. REWERS M. et al. "One-year survival after out-of-hospital c.a. in Copenhagen according to the "Utstein Style". PMID 11008151, PubMed indexed for Medline.
8. FREDRIKSSON M. et al."Nineteen years' experience of out-of-hospital c.a. in Gothenburg – reported in Utstein Style". PMID 12867308 PubMed indexed for Medline / Resuscitation 2003;58;37-47.
9. LAYON A.J. et al. "Utstein Style analysis of rural out-of-hospital c.a.: total cpr time inversely". PMID 12505740 PubMed indexed for Medline./ Resuscitation 2003;56;59-66.

10. JENNINGS P. et al. "Survival from out-of-hospital c.a. in the Geelong region of Victoria, Australia." PMID 11554863 PubMed indexed for Medline.

11. PAGE R.L. et al "Use of A.E.D. by U.S.Airline"- *New England Journal of Medicine* 2000;343;1210-1216.

Hanno partecipato allo studio

Il gruppo di studio infermieristico per l'a.c.r. extra-ospedaliero della Provincia di Pordenone (C.O.118 PN):

Infermieri: *Loris Burei, Claudio Centis, Daniela Lovisa, Cerare Manzini, Claudio Romazin*
Infermieri Specializzati:
Eliana Franceschino, Laura Magagnin, Paola Perazzolo

Responsabile dello studio

Infermiera Specializzata:
Laura Magagnin

Responsabile interviste telefoniche

Infermieri: *Paola Perazzolo, Claudio Romazin*

Raccolta dati

Infermieri: *Loris Burei, Claudio Centis, Daniela Lovisa*

Registrazione dati e Co-Responsabile

Infermiera Specializzata:
Eliana Franceschino

Ricerca bibliografica

Infermiere: *Cesare Manzini*

I referenti dei P.S. periferici della Provincia di Pordenone

P.S. San Vito al Tagliamento

Infermiera: *Isabella Bianchini, Eliana Fabris,*
Infermiera Specializzata:
Claudia Hattinger

P.S. Spilimbergo

Infermiera: *Emilia Venier;*
Infermiera Specializzata: *Vilma Boran*

P.S. Maniago

Infermiere: *Vally D'Andrea,*
Cristina Patrizio

P.S. Sacile

Infermiera: *Vittorina Chiaradia*

Per la gentile collaborazione nella raccolta dati, ringraziamo tutti i colleghi della C.O. 118 di Pordenone, dei Pronto Soccorso di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo, Maniago e Sacile.

Abstract

This study of out of hospital cardiac arrest performed between 2003 and 2004 by nurses of the Emergency Call Center (118) of Pordenone, was started to periodically verify performance related to clients perception of care. It is, in fact, the third study on outcomes of patients treated by the nurse group in the out of hospital setting over 13 years. The aim of the study was to explore communication quality with clients.

Key words: *Out of Hospital Cardiac Arrest, Perception*

Valeria Berti, Infermiera con Master: AUSL Bologna Servizio Assistenza Tecnica e Riabilitativa- Dipartimento Emergenza Urgenza U.O. 118.

Marco Vigna, Responsabile AUSL Bologna Servizio Assistenza Tecnica e Riabilitativa- Dipartimento Emergenza Urgenza.

Patrizio Di Denia, DDSI, Agenzia Sanitaria Regionale.

Risk management nel Sistema di Emergenza 118



Riassunto

Tra gli strumenti del governo clinico che possono essere utilizzati per migliorare la qualità dell'assistenza c'è il **risk management**, che è costituito da attività di identificazione e di valutazione degli eventi indesiderati reali e potenziali, al fine di prevenirne il loro riaccadimento. Per identificare gli eventi indesiderati è possibile utilizzare l'**Incident reporting**. L'Incident reporting è una modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni volontarie degli eventi.

Il Servizio di Emergenza Territoriale 118 – Area Sud dell'Azienda Usl di Bologna ha avviato il progetto Gestione Criticità Organizzative (GECO) per la rilevazione di eventuali criticità/problemi accaduti durante l'esecuzione di un servizio. Per tale progetto è stata adottata una scheda per la segnalazione degli eventi che deve essere compilata dagli operatori degli equipaggi al termine di ogni servizio effettuato, a cui poi segue una attività di analisi e una risposta al segnalatore da parte del coordinatore di riferimento, in caso di criticità o problemi che si sono verificati durante un servizio.

L'analisi delle cause degli eventi segnalati ha mostrato l'importanza, anche per un Servizio di Emergenza, di identificare le proprie aree di rischio, al fine di intervenire su di esse per prevenire il riaccadimento degli eventi indesiderati e migliorare il livello qualitativo delle performance.

Parole chiave: Incident Reporting, 118, Gestione del Rischio, Risk Management, Area Critica

In Italia, il processo di aziendalizzazione e l'obbligo istituzionale alla qualità e al suo controllo imposto ai servizi che operano per il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) dalla normativa nazionale e regionale sull'accreditamento delle strutture sanitarie, è stato l'inizio di un percorso che ha come obiettivo il raggiungimento dell'eccellenza del sistema; con l'introduzione del **governo clinico** nelle Aziende Sanitarie il management non viene più giudicato sulla base del rispetto del budget, ma soprattutto per il livello qualitativo dei servizi erogati. Tra gli strumenti che il governo clinico utilizza per raggiungere i propri obiettivi c'è il **risk management**, che è costituito da attività di identificazione e

di valutazione degli eventi indesiderati reali e potenziali, al fine di prevenirne il loro riaccadimento. Il cosiddetto "**rischio clinico**" non è trattato direttamente nella legislazione nazionale, ma lo si trova unicamente come riferimento alla responsabilità (civile o penale) legata ad eventuali conseguenze indesiderate, cioè a un danno all'assistito.

Partendo dal concetto che *l'errore è una componente inevitabile della realtà umana* (da "To err is human", Institute of Medicine, 2000), è indispensabile riconoscere che **anche il sistema può sbagliare, creando le circostanze che possono portare al verificarsi dell'errore stesso**¹. Ultimamente si sta diffondendo la consapevolezza che **lo stesso sistema che eroga le cure, deve controllare gli errori, e deve utilizzare gli eventi sfavo-**

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 15/02/06
approvato il 04/04/06

*Articolo già pubblicato sulla rivista del Collegio IPASVI di Bologna anno XVII-N.1-gennaio/aprile 2006 qui ripubblicato per gentile concessione della Sig.ra Cleopatra Ferri.

Nota

¹ "Il contenuto del termine "error", utilizzato dagli americani, può essere legittimamente assimilato al contenuto del termine "incidente" (peraltro utilizzato anche dagli inglesi e dagli austriaci). In esso infatti vengono fatti confluire anche i casi di danno senza errore o addirittura le situazioni pericolose. Il termine "errore" quale traduzione del termine "error" va al di là della comune connotazione di errore umano, comprendendo in esso anche gli errori di progettazione o di gestione del sistema organizzativo che sono generalmente a monte degli errori umani. Questa precisazione si rende necessaria per non dare al termine "errore" una connotazione legata alla responsabilità professionale, che può ostacolare la sua rilevazione e/o segnalazione e, quindi, la conoscenza empirica del fenomeno". (R. Cinotti)

revoli come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato a sbagliare.

L'attività di gestione del rischio clinico (clinical risk management) promuove una cultura che non nega l'errore, ma impara da esso.

Sorta negli USA inizialmente per controllare i reclami, le cause legali e le richieste di indennizzo, ora viene utilizzata per ridurre l'incidenza dei danni ai pazienti. Attraverso di essa è possibile:

1. riconoscere gli eventi che possono portare a conseguenze negative o a danni;
2. valutare la gravità di tali conseguenze;
3. definire come possono essere controllate.

Facendo sì che sia possibile "il riconoscimento, l'analisi ed il controllo economico di quei particolari rischi che possono minacciare gli equilibri o modificare le capacità produttive di un'impresa" (C. VINCENT, *Clinical Risk management*, 2001), il *risk management* è volto anche a proteggere l'azienda dal rischio di perdite finanziarie derivanti da danni causati al paziente.

Quando accade un incidente, è difficile in genere per il personale sanitario confrontarsi con questo, perché è opinione comune che in medicina gli sbagli sono *inaccettabili*; la necessità di essere infallibili porta a nascondere gli errori invece di ammetterli e il timore di eventuali minacce di malpractice, induce a non rivelarli e quindi a non affrontarli.

Medici e infermieri devono essere aiutati a non sbagliare da un sistema organizzativo che mette in conto la possibilità che avvenga un incidente e che utilizza sistemi di correzione e prevenzione.

I metodi da adottare per la prevenzione degli incidenti non possono essere uguali per tutti i sistemi organizzativi sanitari, e una volta definiti vanno applicati ad ogni componente del sistema stesso. Questo comporta la necessità di scoprire le deficienze del sistema per poi poterlo riorganizzare.

Il sistema di incident reporting

Dato che nelle organizzazioni complesse non è possibile eliminare completamente gli incidenti, bisogna utilizzare strategie per riuscire a controllarli

(scienza della sicurezza - *safety science*). Il sistema sanitario è un sistema complesso al pari di altri, con i quali condivide e adatta gli strumenti per diminuire il rischio e aumentare la sicurezza del paziente.

Nei settori cosiddetti *ad alta affidabilità* quali l'aeronautica, il nucleare e il petrolchimico, per i quali un incidente avrebbe conseguenze catastrofiche, si sono sviluppati dei sistemi di studio degli incidenti che raccolgono informazioni significative direttamente dagli operatori anche su i quasi-incidenti (*near miss*), dalla cui analisi vengono poi sviluppate strategie di miglioramento della sicurezza.

Al momento attuale, i sistemi di **Incident Reporting** sono considerati indispensabili alle organizzazioni con necessità di gestione del rischio, pur sapendo che devono essere supportati da altri strumenti. La loro importanza è data dal fatto che costituiscono una modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni degli eventi (incidenti e *near miss*).

Generalmente sono di tipo **volontario**, gestiscono le informazioni in modo **confidenziale e non prevedono l'adozione di punizioni**. Tali sistemi, oltre a monitorare gli eventi, prevedono una situazione di consapevolezza e di condivisione negli operatori sugli scopi del sistema stesso.

Pertanto, gli **svantaggi** dell'incident reporting sono relativi principalmente alla variabilità del livello di sensibilizzazione individuale raggiunto dagli operatori, dalla quale può dipendere la numerosità e la qualità delle segnalazioni.

È necessario creare costantemente consapevolezza negli operatori sull'utilità delle segnalazioni, facendo comprendere loro che queste sono state ricevute, elaborate e utilizzate per la progettazione di interventi atti a risolvere i problemi emersi; è inoltre indispensabile costruire un ambiente privo del timore della punizione.

In ambito nazionale, l'Emilia-Romagna è stata la prima regione nel 2002 ad iniziare la sperimentazione di un sistema di Incident Reporting all'interno di un progetto chiamato *Gestione del rischio in strutture sanitarie: approccio integrato alla definizione, trattamento ed utilizzo delle informazioni*, coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale e che ha coinvolto alcune aziende regionali.

Attualmente, il sistema di segnalazio-

ne spontanea degli eventi indesiderati è diffuso in tutte le aziende sanitarie e gli ospedali privati accreditati della nostra regione.

Il sistema di emergenza 118

Nell'ambito sanitario, la realtà del 118 richiede uno spazio a parte vista la sua complessità; questa complessità è determinata dalla organizzazione molto articolata, dal tipo di attività che viene svolta da diverse figure professionali e dall'accadimento di eventi non sempre completamente prevedibili.

Nella Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n.1349/2003 *Approvazione di linee guida per l'organizzazione del sistema di emergenza sanitaria territoriale e centrali operative 118 secondo il modello hub & spoke* viene riconosciuta al sistema 118 l'elevata complessità, ma soprattutto l'alta variabilità dei modelli organizzativi delle Centrali Operative (che prevedono soluzioni organizzative e tecnologiche diverse). Il documento definisce, inoltre, i principali aspetti critici e le relative proposte di intervento, tenendo conto che non sono attualmente disponibili evidenze nazionali o internazionali di riferimento.

Tra le altre, viene anche proposta *l'attuazione di un sistema di report per il monitoraggio omogeneo in ambito regionale dei livelli di attività, performance e degli eventi indesiderati*.


Il sistema di segnalazione GECO

Tenendo conto di queste indicazioni, il Servizio Emergenza Territoriale - Area Sud (SET-Sud) dell'Ausl di Bologna ha avviato un progetto di rilevazione di eventuali criticità/problemi che accadono durante l'esecuzione di un servizio. Il SET-Sud oltre a farsi carico delle emergenze dei comuni situati nel proprio territorio e del tratto di autostrada di competenza, soccorre anche i lavoratori addetti alla costruzione della linea ferroviaria ad alta velocità Bologna-Firenze.

Il sistema di segnalazione avviato è detto *GEstione Criticità Organizzative (GECO)*; per tale sistema è stata adottata una scheda per la segnalazione degli eventi che deve essere compilata dagli operatori degli equipaggi al termine di

Figura 1. Scheda GECO per la segnalazione di eventi/disservizi utilizzata dal sistema territoriale 118 Bologna Soccorso area Sud.

Scheda GECO GEstione Criticità Organizzative



IDENTIFICAZIONE SERVIZIO

Sigla Mezzo:

Data:

Ora invio:

Luogo:

INTERVENTO REGOLARE

INTERVENTO NON REGOLARE

I seguenti componenti dell'equipaggio non hanno riscontrato criticità organizzative

Firma Op 1:

Firma Op 2:

Firma Op 3:

Firma Op 4:

Scheda Geco Completata, puoi lasciarla nel blocco

Difficoltà di rapporto con terze persone

- R1 Paziente
- R2 Spettatori non sanitari
- R3 Sanitari non 118
- R4 Forze dell'ordine
- R5 Vigili del Fuoco
- R6 Personale Autostrade

Difficoltà di rapporto sistema 118

- R7 Proprio equipaggio
- R8 Coordinamento (Centrale Operativa, Capo Turno, Guardia)
- R9 Altri equipaggi
- R10 Elisoccorso

Automezzo-Attrezzature-Farmaci

- A1 Rottura o malfunzionamento presidio, attrezzatura, mezzo.
- A2 Mancanza materiale previsto dalla procedura

Raggiungimento Target-Problemi su intervento

- T1 Inesatta localizzazione (difficoltà o ritardo per errore strada, località ecc)
- T2 Mancanza di segnaletica toponomastica (manca cartello, oivro sbagliato...)
- T3 Stradario (mancanza di indicazione specifica, stradario non aggiornato ecc)
- T4 Viabilità (traffico bloccato, casello chiuso, passaggi a livello ecc)
- T5 Meteo (neve, nebbia ecc)
- T6 Elicottero non autorizzato all'atterraggio sulla sede autostradale.
- T7 Mancanza di sicurezza sulla scena da parte del personale preposto
- T8 Errore di colonnina (chiamata per guasto, non reperite ecc)

Arrivo in Ospedale

- H1 Ritardo accoglimento (non ci sono barelle, ambulatorio chiuso ecc)
- H2 Difficoltà rapporto con il personale.

Entro 48 ore invia:

SCHEDA GECO

+

RELAZIONE

Al numero di FAX oppure all'indirizzo E-mail della tua area.

Area TAV, Lodi, Mantova, Piacenza, Montebelluna, Pinerolo, Montezemolo,

0516421851

t.pasqui@118er.it

Area VAV, Vado, Sasso Marconi, Castiglione, San Benedetto,

0516421843

L.franchini@118er.it

Area Porretta, Marano, Vergato

0516421841

a.mage@118er.it

Firma dell'operatore:

E' VIETATA LA RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE DELLA SCHEDA SENZA AUTORIZZAZIONE DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

ogni servizio effettuato, a cui poi segue una attività di analisi e una risposta al segnalatore da parte del coordinatore di riferimento. Questa scheda è presente in ogni postazione e permette di rilevare in tempi rapidi eventuali criticità o problemi che si sono verificati durante un servizio.

Secondo la procedura in vigore, la scheda GECO (figura 1) **deve essere sempre compilata** alla fine di ogni servizio dai componenti dell'equipaggio che lo ha effettuato, sia nel caso di **non regolarità** nell'effettuazione del servizio, sia nel caso questo risulti essere **regolare**; è richiesta l'identificazione del servizio indicandone i dati relativi (data, ora, km, n° progressivo, ecc.), e la firma di chi la compila.

Nel caso un operatore rilevi una **non regolarità**, deve codificare il problema riscontrato in base ad una classificazione presente nella scheda così suddivisa:

- *difficoltà di rapporto con terze persone (paziente, spettatori non sanitari, sanitari non 118, forze dell'ordine, vigili del fuoco, personale autostrade),*
- *difficoltà di rapporto sistema 118 (proprio equipaggio, coordinamento 118, altri equipaggi, elisoccorso),*
- *problema con automezzo/attrezzature/farmaci (rottura o malfunzionamento attrezzatura, mancanza di materiale previsto dalla procedura),*
- *raggiungimento target/problemi su intervento (inesatta localizzazione da parte della C.O., mancanza segnaletica toponomastica, stradario, viabilità, meteo, mancata autorizzazione ad atterraggio elicottero, mancanza di sicurezza da parte del personale preposto, errori di colonnina),*
- *arrivo in ospedale (ritardo accogliamento, rapporto col personale).*

Il segnalatore è poi tenuto ad allegare una relazione dettagliata dell'accaduto da inviare assieme alla scheda entro 48 ore al proprio coordinatore, il quale dopo aver analizzato e ricostruito il caso, deve rispondere all'operatore stesso ed eventualmente a tutto l'equipaggio.

Analisi delle segnalazioni GECO raccolte nel periodo 2002-2003

Si premette che la presente analisi non esprime una valutazione sull'organizzazione del sistema 118 Bologna Soccorso, ma ha lo scopo di mostrare

come possono essere analizzate le cause delle segnalazioni seguendo un modello di riferimento, al fine di individuare le aree di criticità su cui intervenire.

Sono state analizzate 50 schede GECO (con le quali sono stati segnalati 61 eventi), raccolte nel corso del 2002 e del 2003 e compilate dal personale del 118 in seguito ad un servizio ritenuto non regolare.

Si presentano i problemi segnalati dagli operatori secondo la classificazione adottata dal sistema GECO (figura 2).

La classificazione utilizzata dal sistema GECO non prevede le cause degli eventi.

Per l'**analisi delle cause degli eventi segnalati**, è stata così presa come modello di riferimento quella utilizzata dall'Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna (ASR-RER) per il proprio sistema di Incident Reporting. Questo tipo di classificazione prevede la suddivisione delle cause in 4 categorie (Ambiente e tecnologia; Errori organizzativi; Errori umani; Altri fattori) e fa riferimento alla *teoria sistemica degli incidenti* di JAMES REASON, (figura 3) secondo cui un incidente avviene quando c'è concomitanza tra un errore umano (**errore attivo o active failure**) che è individuale e legato a distrazioni, fallimenti di ragionamento, inadeguate conoscenze, ecc. dell'operatore ed un **errore di sistema (errore latente o latent failure)** legato a difetti presenti nell'organizzazione. I **latent failure** determinano le **condizioni di lavoro** in cui si realizzano atti non

sicuri che possono portare l'individuo ad errori.

Facendo quindi riferimento alla classificazione delle cause utilizzata dall'ASR-RER, gli eventi segnalati sono stati analizzati e sono state quindi individuate 65 cause suddivise nelle categorie di riferimento, così come presentate in figura 4 e tabella 1.

Discussione

Categoria 1

Ambiente e tecnologia (30,76%). In questa categoria sono state inserite le cause degli eventi riguardanti problemi di costruzione, di installazione o con materiali (12,31%), derivanti principalmente da problemi di ricezione della radio trasmittente. Altra area di criticità individuata è la categoria dei fattori esterni (18,46%), all'interno della quale sono state inserite cause non dipendenti dal sistema 118, quali condizioni meteorologiche avverse e stradari non aggiornati per mancate comunicazioni da parte dei Comuni e che provocano ritardi nel raggiungimento del luogo di destinazione.

Categoria 2

Errori organizzativi (7,70%).

Le cause degli eventi inserite in questa categoria hanno riguardato in modo particolare problemi derivanti da inadeguati passaggi di conoscenze ed informazioni (4,62%) e dall'utilizzo di protocolli e procedure (3,08%). Considerando il numero di eventi classificati in questa categoria si può

Figura 2. Problemi segnalati dagli operatori del 118 Bologna Soccorso area Sud suddivisi per tipologia secondo la classificazione GECO.

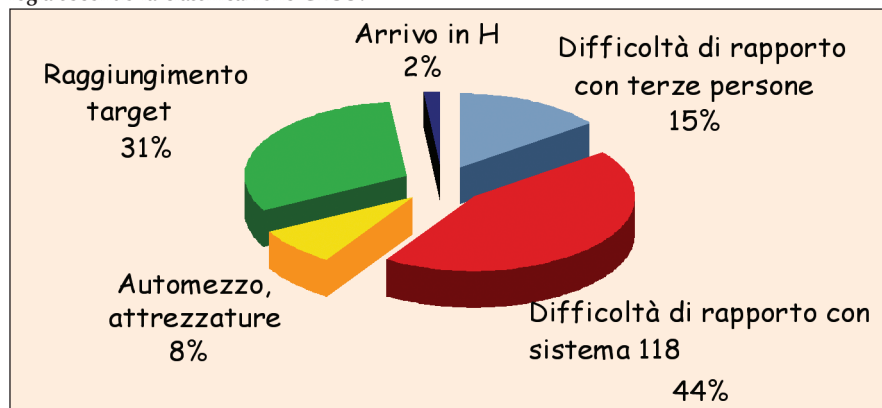
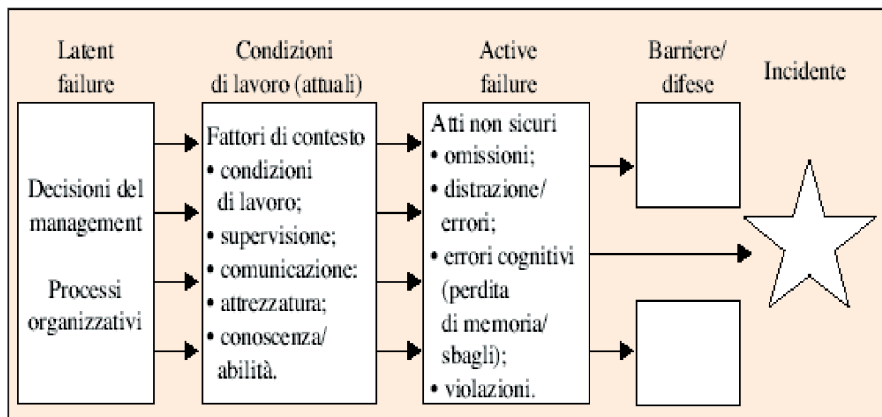


Figura 3. Il modello degli incidenti organizzativi basato sulla teoria di James Reason.



affermare che dall'analisi è risultata presente un buona organizzazione generale.

Categoria 3

Errori umani (40,0%). In questa categoria sono state inserite quelle cause cosiddette *Rule-based* (errori basati sulle regole) (29,23%) che comprendono tra gli altri problemi di coordina-

mento (18,46%) riguardanti difficoltà di rapporto tra i vari equipaggi che devono collaborare nell'assistenza allo stesso paziente, oltre a problemi con i Pronto soccorso e le Case di cura di destinazione nell'applicazione di protocolli condivisi.

Categoria 4

Altri fattori (21,53%). In questa cate-

goria sono state inserite le cause degli eventi provocati dallo stesso utente (9,23%) che ha richiesto il servizio di ambulanza (es. si sbaglia a fornire l'indirizzo corretto), ma anche i fattori inclassificabili (12,30%) sui quali non è possibile intervenire con azioni correttive (es. i ritardi di intervento causati dal traffico stradale).

Sulla base delle informazioni derivate dalle segnalazioni e dall'analisi delle stesse, sono stati definiti interventi di miglioramento (migliore diffusione di protocolli, interventi su apparecchiature, eventi formativi su campo, simulazioni, ecc.) con lo scopo di evitare il riaccadimento dei problemi segnalati.

Conclusioni

Risulta evidente come un'attività di *risk management* sia importante anche all'interno di un sistema come quello del 118, che per la sua complessità e l'impegno richiesto deve essere svolta da professionisti adeguatamente formati e competenti.

Il sistema di *incident reporting* è

Figura 4. Cause degli eventi segnalati dagli operatori del 118 Bologna Soccorso area Sud (anni 2002-2003) suddivisi per categoria.

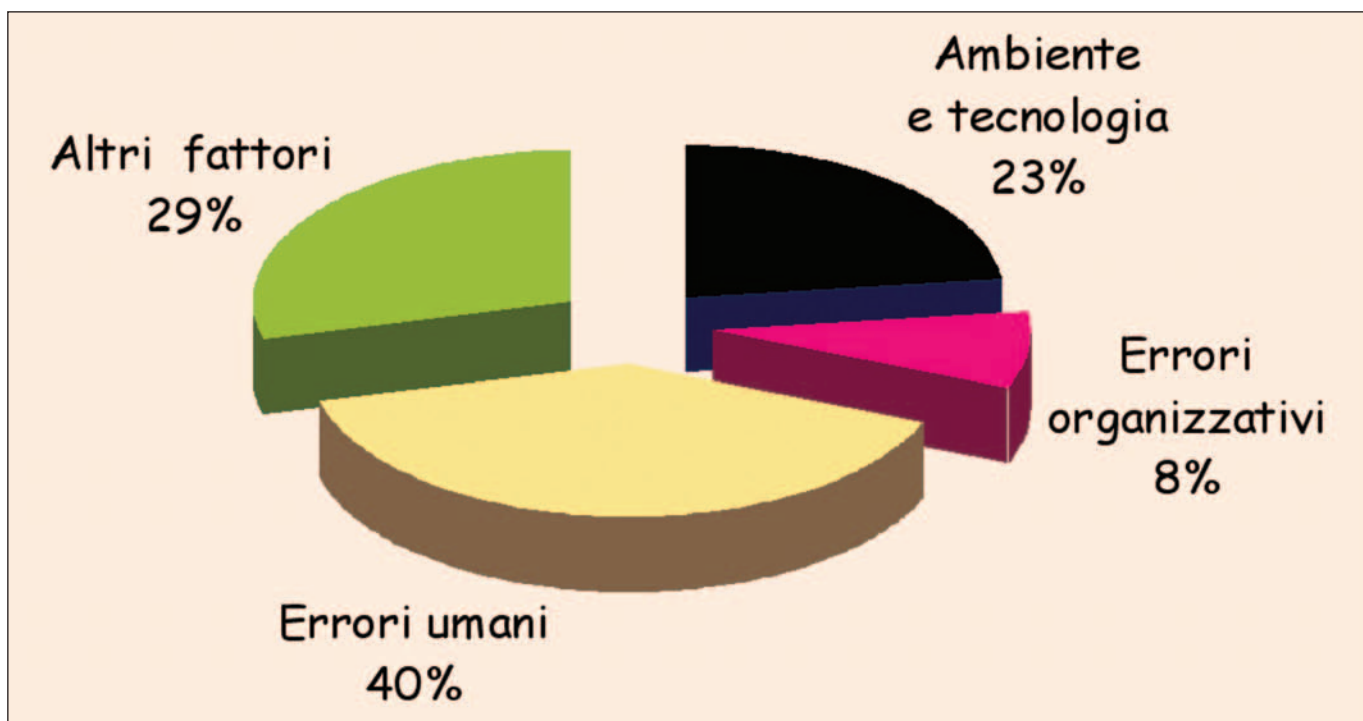


Tabella 1. Cause (N=65)* degli eventi suddivise secondo la classificazione dell'ASR-RER.

Categorie delle cause	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)
Cat.1: Ambiente e tecnologia	20/65 (30,77%)		
Design (progettazione e pianificazione)		0/65 (0%)	
Costruzione, install.o nei materiali		8/65 (12,31%)	
Fattori esterni		12/65 (18,46%)	
Cat.2: Errori organizzativi (errori latenti)	5/65 (7,70%)		
Protocolli/procedure		2/65 (3,08%)	
Passaggio conoscenze e informazioni		3/65 (4,62%)	
Priorità della gestione (interna)		0/65 (0%)	
Cultura		0/65 (0%)	
Cat.3: Errori umani (errori attivi)	26/65 (40,00%)		
Knowledge-based		1/65 (1,54%)	
Skill-based		6/65 (9,23%)	
abilità che richiedono alto addestramento			0/65 (0%)
manualità di base			6/65 (9,23%)
Rule-based		19/65 (29,23%)	
qualificazione		2/65 (3,08%)	
coordinamento		12/65 (18,46%)	
verifica preventiva		0/65 (0%)	
azioni		5/65 (7,69%)	
vigilanza		0/65 (0%)	
Cat.4: Altri fattori	14/65 (21,53%)		
Fattori correlati al paziente		6/65 (9,23%)	
Fattori inclassificabili		8/65 (12,30%)	

*Per ogni evento può essere individuata più di una causa

risultato sostenibile per quanto riguarda l'impegno richiesto agli operatori ed efficace per individuare le aree di criticità. È necessario che chi viene invitato a dedicare tempo oltre che all'assistenza diretta al paziente, anche alla compilazione delle schede di *incident reporting*, non la viva come una denuncia o come una perdita di tempo inutile, ma sappia che a questo suo gesto seguirà un intervento risolutivo di un problema. Indispensabile risulta quindi la condivisione degli obiettivi tra l'organizzazione e il personale.

È fondamentale che un sistema di emergenza riesca ad identificare quelle che sono le proprie aree di rischio che se sottostimate, potrebbero compromettere il risultato finale dell'erogazione delle cure, e cioè la vita della persona.

Agli operatori di centrale

Voi siete il primo anello della catena dei soccorsi, è grazie a voi che si instaura il primo legame tra il cittadino che chiede aiuto e il sistema ... ciò può sembrare un insignificante dettaglio, in realtà determina l'esito positivo della chiamata.

(Clawson e Dernocoeur)

Bibliografia

- 1) BERTI V. *La gestione del rischio nell'attività del sistema di emergenza 118 Bologna Soccorso*. Elaborato finale discusso al termine del Master Universitario di I livello di Assistenza Infermieristica in Area Critica dell'Università degli Studi Bologna nell'anno accademico 2003
- 2) Institute of Medicine: *To Err is Human*. National Academy Press, Washington D.C., 2000.
- 3) VINCENT CA ed. *Clinical risk management. Enhancing Patient Safety*. BMJ (British Medical Journal) Publications. London, 2001.
- 4) CINOTTI R. (a cura di), *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004.
- 5) DI DENIA P. *Risk management e professione infermieristica: un'opportunità per il miglioramento della qualità assistenziale*. Professione Infermiere. Rivista del Collegio IPASVI di Bologna. 2005; n.2: 40-44.
- 6) Delibera di Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna N.ro 1349/2003 *Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione del sistema emergenza urgenza sanitaria territoriale e centrali Operative 118 secondo il modello hub and spoke*.
- 7) www.118er.it/gecav/index.htm

Abstract

Among the clinical governance instruments that can be used to improve quality of care there is Risk Management, consisting in identification e evaluation activities of actual or potential adverse events, with the aim to prevent new unwanted events. For the identification of adverse events it is possible to rely on Incident Reporting. Incident Reporting is a structured information gathering of volunteer communication of adverse events.

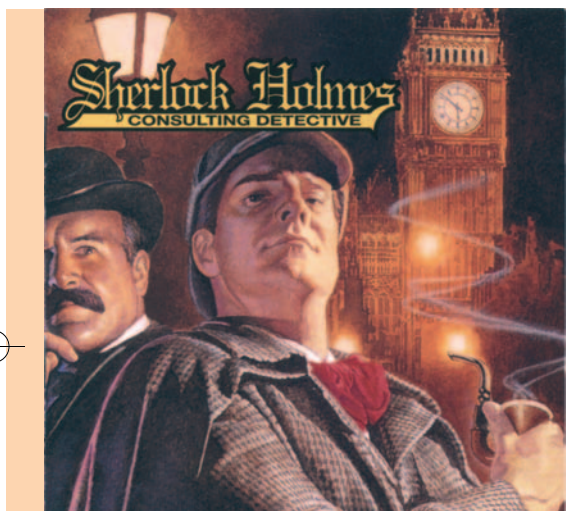
Emergency Call Center 118 – South Bologna Area ha started the "GEstione Criticità Organizzative" (GECO) project to detect eventual problems during service. A structured information sheet for adverse event communication has been adopted and must be compiled by the ambulance crew at the end of every single service. Subsequently the Coordinator undertakes analysis and a response is offered to the crew, if any adverse events occurred during service.

Analyzing causes of events that were communicated has proven, also for emergency Services, the importance of identifying own areas of risk, enabling interventions to prevent unwanted new events and improving quality levels of overall performance.

Key words: Incident Reporting, 118, Emergency Medical Service, Risk Management, Critical Care

Walter Aronni, Infermiere DDSI, Reparto di Pneumologia Sestri Levante ASL4 Chiavarese Genova
Antonella Dermico, Infermiere Servizio di terapia intensiva Cardiocirurgica, Azienda Ospedaliera di Parma

Efficacia ed appropriatezza dei sistemi di incident reporting nel controllo dell'incidenza degli errori in terapia intensiva



Riassunto

In questo evidence report si è cercato di trovare informazioni e lo stato di utilizzo del Risk Management all'interno delle Terapie Intensive.

Parole chiave: Incident reporting, Terapia Intensiva, Gestione del Rischio, Risk Management, Area Critica

Numerose ricerche hanno dimostrato che i dipartimenti di emergenza sono particolarmente problematici dal punto di vista della sicurezza e questo è dovuto a vari fattori quali: la diversità delle patologie, la natura e l'urgenza delle condizioni cliniche e l'elevato turnover dei pazienti.

Gli errori che non vengono segnalati possono avere conseguenze gravi sia da un punto di vista etico che pratico, moralmente la non segnalazione dell'errore (particolarmente quelli che sono clinicamente significativi) può determinare:

- la privazione alle parti interessate (medici, infermieri, pazienti e loro familiari) di informazioni utili a correggere l'errore;
- la privazione al paziente del diritto ad essere informato ed a fornire il proprio consenso alle cure correttive e i trattamenti necessari;
- la creazione, al paziente, di un ulteriore danno e sofferenza per un errore nascosto e non rimediato;
- la lesione del rapporto fiduciario infermiere paziente, insidiando seriamente e, ipsofacto, la reputazione della professione infermieristica.

Da un punto di vista pratico, se gli errori non vengono segnalati alterano i

dati di incidenza della struttura che possono essere quindi non attendibili e fuorvianti e la conseguente perdita di una occasione per imparare dall'errore fatto.

Senza un insieme di dati completi non sarà possibile ottenere una immagine della natura e della frequenza di un problema che, se lasciato incontrollato, può provocare errori futuri contrariamente evitabili; se lo stesso insieme di circostanze continua a persistere, anche se cambiano gli attori, lo stesso errore si ripeterà.

L'*incident reporting* giace al cuore di molte iniziative atte a migliorare la sicurezza del paziente. I nuovi programmi di *risk management* e sicurezza clinica – sia che siano locali o nazionali – ricollocano sull'*incident reporting* il compito di fornire dati sulla natura dei problemi di sicurezza, indicazioni sulle loro cause e possibili soluzioni.

Nel campo dell'ingegneria aeronautica, dove l'*incident reporting* è notevolmente sviluppato, è noto da tempo che di per se stesso dia scarse informazioni su cause e prevenzione. Uno scenario clinico può essere esaminato da numerose prospettive, ognuna delle quali porta alla luce una diversa sfaccettatura del caso. I casi sono stati usati da tempo immemorabile per educare e riflettere sulla natura dei problemi. Essi possono essere anche usati per illustrare il pro-

REVISIONE

pervenuto il 06/05/2006
 approvato il 06/05/2006

cesso di *clinical decision making*, opzioni terapeutiche e a volte, particolarmente quando si discute di errori, l'impatto personale di errori e distrazioni².

Abbiamo ritenuto interessante ed appropriato, per l'individuazione del quesito di ricerca, il campo della valutazione del rischio clinico che, anche se non sembra essere direttamente un problema clinico, condiziona certamente la prognosi dell'individuo malato. Nell'ambito del *risk management* la segnalazione spontanea degli errori o dei quasi errori (*incident reporting*) è uno degli strumenti più frequentemente indicati come fondamentale per la corretta gestione del rischio.

L'implementazione di questi sistemi di registrazione dell'errore si è enormemente sviluppata negli ultimi anni e prevede l'auto-denuncia, solitamente in forma anonima, attraverso sistemi cartacei o informatizzati.

Il *clinical incident reporting* è un importante strumento di controllo della sicurezza clinica nei reparti dell'emergenza così come in tutto il sistema sanitario e può contribuire a identificare le soluzioni; imparando dagli errori si aumenta la sicurezza del paziente³.

Tenendo in considerazione che i cambiamenti organizzativi, strutturali, le risorse e i costi imposti dall'implementazione dell'*incident reporting* non sono da sottovalutare, ci è sembrato interessante verificare quanto e se questi sistemi diminuiscono l'incidenza degli errori clinici in un settore specifico come le terapie intensive.

Quesito

L'implementazione di sistemi di *Incident reporting* è in grado di ridurre l'incidenza degli errori in terapia intensiva?

P: *terapia intensive*

I: *incident reporting*

C: *assenza dell'incident reporting*

O: *riduzione dell'incidenza degli errori.*

Strategia di ricerca

La ricerca è stata effettuata su internet, attraverso la banca dati (BD) della Biblioteca Universitaria "Ottaviani" dell'Azienda Ospedaliera di Parma e dalle pagine EBN del Centro Studi del Servizio Infermieristico del S.Orsola Malpigli. Sono state consultate le più

comuni (BD) sull'argomento, utilizzando le parole chiave combinate in modo differente. Gli articoli sono stati scaricati e tradotti in italiano, selezionando quindi, quelli che corrispondevano ai criteri di inclusione. È stata in fine effettuata una *critical appraisal* per l'elaborazione del documento che è avvenuta al proprio domicilio.

- Le BD consultate sono le seguenti:
 - BD di Linee Guida: **NCG, New Zealand Guideline Group, Sign, UK Health Centre**, dalla consultazione non sono emerse linee guida inerenti l'argomento.
- BD di Revisioni Sistematiche: the Joanna Briggs Institute, dalla consultazione non sono emerse revisioni sistematiche sull'argomento
- BD generali: **Medline** dalla consultazione sono emerse 19 pubblicazioni di cui 7 sono state selezionate.

Attraverso la banca dati (BD) della Biblioteca Universitaria "Ottaviani" dell'Azienda Ospedaliera di Parma combinando le parole chiave sono state individuate ulteriori pubblicazioni, che abbiamo ritenuto non avessero le caratteristiche per essere inserite nella tabella riassuntiva, ma che potevano tuttavia fornirci alcuni spunti interessanti. Questi ultimi sono citati solo in bibliografia.

Criteri di selezione

- 1) *Sono stati presi in esame solo gli articoli pertinenti al quesito.*
- 2) *Sono stati esclusi a priori documenti che richiedevano un pagamento per la lettura.*
- 3) *Studi pubblicati dopo il 2000.*
- 4) *Articoli in lingua inglese.*
- 5) *Presenza di abstract.*
- 6) *Possibilità di recuperare il full-text tramite internet o biblioteca centralizzata.*

Conclusioni

Le unità di terapia intensiva sono contesti che presentano una elevata complessità assistenziale. Gli avvenimenti e gli incidenti possono essere causati dall'errore umano, da problemi inerenti al

sistema o una combinazione di questi. L'*incident reporting* in campo medico è altamente variabile ed è pesantemente influenzato dalla metodica di rilevazione dei dati; risultano fattori ad alta incidenza sulla disponibilità del personale sanitario a partecipare al programma: l'anonimato, la volontarietà e il carattere non punitivo.

L'*incident reporting* risulta efficace nel rilevare gli errori latenti nel sistema e nell'identificare il ruolo umano nella generazione dell'incidente; l'*incident reporting* deve essere completato con una revisione delle cartelle cliniche allo scopo di identificare errori non segnalati. La raccolta dei dati relativi agli errori commessi, di per se, non porta a nessun incremento della sicurezza del paziente, è necessario adottare strategie per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza, le più diffuse prevedono l'analisi dei dati da parte di un team multidisciplinare e la messa in atto di interventi che modifichino le cause dell'errore.

In conclusione i requisiti fondamentali per l'implementazione dell'*incident reporting* e per una reale diminuzione dell'incidenza degli errori in terapia intensiva sono: il supporto della *leadership* e la valutazione dei dati da parte di un gruppo di esperti che diano inizio al cambiamento.

La registrazione degli eventi avversi è, inoltre, un potente mezzo che può essere utilizzato per la gestione e il miglioramento di punti critici quali: i processi di formazione e addestramento, il controllo sulle apparecchiature elettromedicali e la qualità dei processi di comunicazione.

Note

¹ MEGAN-JANE JOHNSTONE AND OLGA KANITSAKI, *The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper*, Division of Nursing and Midwifery, School of Health Sciences, RMIT University, Plenty Road, Bundoora Vic 3083, Australia Received 16 November 2004; revised 20 April 2005; accepted 26 April 2005. Available online 23 June 2005.

² VINCENT C A, *Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes*, *Qual Saf Health Care* 2004;13:242-243 © 2004 BMJ Publishing Group Ltd & Institute for Healthcare Improvement.

³ CATHERINE M. TIGHE, *Incident reporting in one UK accident and emergency department*, RGN, RSCN, BSc³, Former Research Nurse, Received 4 July 2005; accepted 1 October 2005. Available online 29 November 2005.

Bibliografia

- BUCKLEY TA, SHORT TG, ROWBOTTOM YM, OH TE., *Critical incident reporting in the intensive care unit*. Anaesthesia. 1997 May;52(5):403-9.
- BECKMANN U, BOHRINGER C, CARLESS R, GILLIES DM, RUNCIMAN WB, WU AW, PRONOVOST, *Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review*. Crit. Care Med. 2003 Apr;31(4):1006-11.
- ELIZABETH N. MILES, *Improvement in the incident reporting and investigation procedures using process excellence (DMAI2C) methodology*, Journal of Hazardous Materials, Vol. 130, Issues 1-2, 17 March 2006, 169-81.
- RICK IEDEMA, ARTHAS FLABOURIS, SUSAN GRANT AND CHRISTINE JORM, *Narrativizing errors of care: Critical incident reporting in clinical practice*, Social Science & Medicine, Vol 62, Issue 1, January 2006, 134-44.

Abstract

In this evidence report, information was searched on levels of utilization of risk management strategies in intensive care units.

Key words: Incident reporting, Intensive care unit, Risk Assessment, Risk Management, Critical Care.

25° CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

Genova, 15 - 16 - 17 novembre 2006
Magazzini del Cotone - Porto Antico

L'infermiere e l'errore

- prevenire • imparare • intervenire

Obiettivi

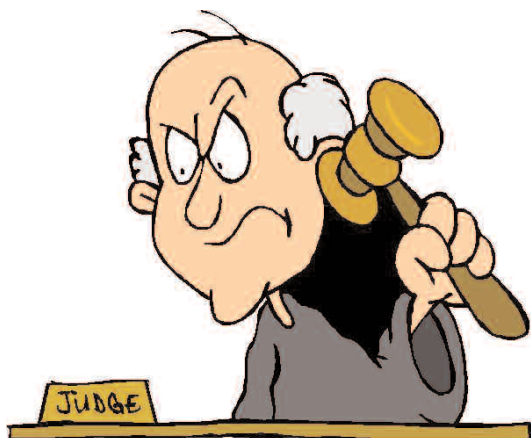
- Evidenziare la tipologia, le dimensioni e la distribuzione dell'errore nell'area critica;
- Ipotizzare ed indicare strategie, modalità e strumenti per prevenire l'errore nell'assistenza alla persona in condizioni vitali critiche;
- Delineare percorsi e metodi per gestire l'errore ed intervenire sulle eventuali ricadute sulla persona assistita, sul singolo professionista e sull'équipe assistenziale;
- Riconoscere all'errore o al quasi-errore valenza formativa e significativa per a) definire le competenze del singolo e dell'équipe e b) per individuare le criticità organizzativo-gestionali.



Info su:
www.aniarti.it

aniarti@aniarti.it

Very Important Document!



Con la nota del 9 maggio 2006 è arrivata alle Regioni, dal Ministero della Salute, il parere del Consiglio Superiore di Sanità (Sezione II)* riguardo il prelievo arterioso per emogasanalisi da parte degli infermieri, espresso nella seduta del 23 giugno 2005.

Pensiamo sia interessante leggere tutto il parere e non limitarci ad una sintesi del tipo di quelle facilmente reperibili in rete, al fine di capire come il cambiato contesto normativo influenzi in modo notevole il nostro agire professionale.

Aver radicato, e il parere lo dimostra, che il nostro agire è dettato da tre paletti fondamentali in termini autorizzanti cioè:

- 1) il DM istitutivo del relativo profilo professionale (DM n. 739 del 14 settembre 1994);
- 2) gli ordinamenti didattici del corso di laurea e della formazione post base;
- 3) il codice deontologico del 1999;

ed uno solo limitante - rispettare "le competenze previste per le professioni mediche e le altre professioni del ruolo sanitario per le quali è richiesto lo specifico diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche competenze professionali" introduce una enorme potenzialità. Il parere comunque ci ricorda anche come nel nostro codice deontologico venga disposto che, relativamente all'esercizio di mansioni o tecniche non completamente acquisite, l'infermiere debba assumersi la responsabilità del ruolo esclusivamente in base al livello di competenza raggiunto e soprattutto sappia riconoscere i limiti delle proprie competenze e declinare la responsabilità, qualora ritenga di non poter agire con sicurezza, e abbia il diritto, ma ancor più il dovere, di chiedere formazione e supervisione per le pratiche nuove o sulle quali non ha sufficiente esperienza.

Questo è un punto che deve farci riflet-

tere, siamo sicuri che di fronte ad una manovra tecnica, non acquisita e padroneggiata, tutti i colleghi chiedano, pretendano supervisione e formazione? Siamo sicuri, noi coordinatori, di conoscere le reali competenze dei nostri colleghi quando gli affidiamo un compito o predisponiamo un turno?

Come redazione pensiamo che su questo parere ci sia molto da riflettere e come tale ve lo proponiamo interamente.

*Consiglio Superiore di Sanità Sezione II

Presidente Prof. Guido Pozza,
Vice Presidente Ing. Marco Campari,
Segretario Dott.ssa Maria Lucchese.

Si occupa di:

- determinazione dei requisiti minimi di classificazione delle strutture e dei servizi sanitari,
- criteri e requisiti per esercizio, autorizzazione, certificazione ed accreditamento delle attività sanitarie,
- sviluppo dell'istituto della certificazione di qualità,
- funzioni statali connesse alle aziende unità sanitarie locali; alle aziende ospedaliere e altri presidi ospedalieri pubblici e privati,
- professioni sanitarie e formazione del personale sanitario,
- sangue ed emoderivati,
- trapianti di organi,
- ricorsi presentati da soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati,
- affari generali connessi.

pervenuto il 15/05/06
approvato il 15/05/06



Ministero della Salute

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ SESSIONE XLV

Seduta del 23 giugno 2005

Sezione II

IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ Sezione II

Vista la relazione riguardante *“Azienda Sanitaria Locale Latina Presidio Ospedaliero Nord, UOC di Pneumologia Richiesta parere su prelievo emogasanalitico da parte dell’infermiere”*, presentata dalla Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie - Dipartimento della Qualità;

Visto il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 recante *“Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici”*;

Visto il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 in materia di *“Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;

Visto il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 che individua la figura professionale dell’infermiere, ne definisce le principali funzioni; e ne specifica la formazione;

Vista la Legge 26 febbraio 1999, n.42 concernente *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”*.

Visto il D.M. 2 aprile 2001 relativo a *“Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie”*.

Premesso che la menzionata legge 42/99:

1. *all’articolo 1, comma 2*, come osserva la suddetta Direzione Generale nella sua relazione, oltre ad abrogare i *“mansionari”*, stabilisce che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all’art. 6, comma 3 del sopra riferito D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni è determinato da tre fattori, ovvero dai contenuti dei:
 - ❖ *D.D. M.M. istitutivi dei relativi profili professionali,*
 - ❖ *ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base,*

❖ *specifici codici deontologici;*
specificando:

❖ *fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per le quali è richiesto lo specifico diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche competenze professionali;*

2. *all'articolo 4 prevede l'equipollenza dei diplomi ed attestati conseguiti in base alla normativa precedentemente in vigore ai diplomi universitari "ai fini dell'esercizio professionale o dell'accesso alla formazione post base", nonché la definizione "dei criteri e delle modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari. .. ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente.. "*

Tenuto conto che:

- ❖ *l'abrogazione del mansionario e la individuazione del campo di attività e di responsabilità dei professionista sanitario infermiere fanno presumere che nell'ambito di competenza dell'infermiere ricadano anche lo tecniche considerate affini alle attività di assistenza infermieristica e per le quali egli abbia ricevuto l'adeguata formazione;*
- ❖ *la descrizione del profilo professionale dell'infermiere - D.M. 739/94 - specifica che l'infermiere:*
 - a) è responsabile dell'assistenza generale infermieristica,*
 - b) garantisce la corretta applicazione della prescrizioni diagnostiche e terapeutiche*
 - c) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche e private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare in regime di dipendenza o di libero professione ".*

Considerato che:

- ❖ *l'ordinamento didattico dei corso di laurea per infermiere - D.M. 2.4.2001- individua, tra le discipline previste, l'Anatomia, la Fisiologia, la Patologia, la Medicina e Chirurgia d'urgenza, la Rianimazione e terapia intensiva, l'infermieristica clinica nell'area critica e nell'emergenza e la Metodologia infermieristica clinica, con il relativo tirocinio pratico nelle Medicine e nelle Chirurgie generali e specialistiche e nelle aree critiche;*
- ❖ *il percorso formativo prevede l'apprendimento solo teorico delle conoscenze, delle abilità necessarie, delle implicazioni ed i rischi relativi a queste tecniche, tra le quali il prelievo arterioso;*

Rilevate che:

- *il profilo professionale dell'infermiere neolaureato non prevede espressamente - tra le competenze - l'inclusione del prelievo arterioso anche se viene assicurata la formazione relativa alle abilità tecniche a supporto sia delle specifiche attività cardio-respiratorie che di atti diagnostici;*
- *le attività non descritte tra gli obiettivi formativi obbligatori del corso di laurea per infermiere possono tutta via essere di competenza dell'infermiere e per tanto dallo stesso svolte, come avviene spesso per determinate tecniche specifiche e o per quella a supporto delle funzioni vitali, poiché apprese successivamente al corso di base ed espletate in reparti particolari - rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso, pneumologia o nefrologia e dialisi, ... ;*

Avuto riguardo che il Codice Deontologico dell'infermiere del 1999 - *elemento costruttivo e determinante del campo di azione dell'infermiere* - dispone che, relativamente all'esercizio di mansioni o tecniche non completamente acquisite, l'infermiere:

- debba assumersi la responsabilità del ruolo esclusivamente *in base al livello di competenza raggiunto*,
- *sappia riconoscere i limiti delle proprie competenze e declinare la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza*
- *abbia il dritto ed il dovere di richiedere formazione e supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza ...* ;

Preso atto che, a seguito dell'abrogazione del mansionario dell'infermiere, si sono verificate situazioni differenziate sul territorio per cui la tecnica del prelievo arterioso per emogasanalisi è considerata:

- competenza dell'infermiere in molti reparti (terapia intensiva, rianimazione e pneumologia);
- attività del medico per prassi;
- atto esclusivo del medico, presumibilmente per la scarsa conoscenza della evoluzione della normativa;
- ulteriore carico di lavoro per gli infermieri, distogliendoli da altre pratiche assistenziali anche per i rischi connessi;
- competenza del medico *il prelievo arterioso femorale* e competenza dell'infermiere quello radiale;
- pratica eseguibile sia dal medico che dall'infermiere.

Evidenziato che

1. la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi:
 - ✓ è illustrata allo *studente infermiere* per la sola osservazione, in quanto ritenuta *tecnica avanzata da apprendersi post laurea*, nelle specifiche Unità Operative o in successivi percorsi formativi post base come il Master in area critica;
 - ✓ è appresa dall'*infermiere* nell'esercizio dalla propria attività, dopo il conseguimento dell'abilitazione alla professione e sul campo, negli specifici reparti, dove questa tecnica è praticata in forma routinaria (rianimazione e pneumologia);
 - ✓ è praticata dall'*infermiere* indifferentemente sia a livello femorale che radiale o brachiale, fino ad acquisirne una appropriata manualità, a seguito di adeguato addestramento;
2. l'addestramento è basato sul superamento di step gradualmente e sequenziali:
 - ✓ osservazione diretta dell'esecuzione della tecnica fatta da un esperto;
 - ✓ esecuzione guidata con supervisione dell'esperto, che istruisce sia sulla procedura che sui potenziali rischi e complicanze (ematoma, occlusione dall'arteria, crisi vagale ecc.) ed al loro eventuale trattamento;

Osservato che

- il prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi possa configurarsi come atto non esclusivamente medico ma anche di competenza dell'infermiere;
- la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi è relativamente semplice e di grande utilità e, tuttavia, non è scevra da rischi e complicanze;
- la procedura tecnica è spesso descritta in un protocollo condiviso i medici e personale infermieristico;
- la redazione di tale protocollo contempla l'indicazione specifica almeno dei seguenti dati:
 - a) la tipologia del prelievo arterioso, b) le motivazioni per cui esso viene effettuato, c) la tipologia

di paziente, d) le patologie intercorrenti e la terapia in corso che possono aumentarne il rischio, e) il posizionamento dal paziente, f) le sedi indicate e preferenziali per adulti e neonati, g) le precauzioni da adottare, h) l'emostasi, i) altre indicazioni ritenute utili.

Sentiti i relatori De Togni e Redler

Tenuto conto che:

- l'infermiere possiede le conoscenze tecniche necessarie apprese nel percorso formativo di base
- la tecnica del prelievo arterioso è appresa in ambiente e appropriato e protetto
- la tecnica una volta appresa in modo corretto diventa una tecnica di competenza
- l'apprendimento riguarda anche la prevenzione delle complicanze ed il loro trattamento.

Esprime parere favorevole

alla effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale le per emogasanalisi da parte dell'infermiere, sia in ospedale sia in ambulatorio che nell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) semplice o complessa, a condizione che:

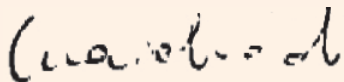
1. l'infermiere ne abbia acquisito la *completa competenza*, secondo le modalità definite dalle vigenti normative in materia di profilo ed attività professionali, ordinamenti didattici e deontologia;
2. sia prevista sempre, per le correlate implicazioni sia mediche che infermieristiche, l'esistenza - nell'U.O. o nella struttura sanitaria di riferimento - di *un protocollo operativo* correttamente redatto, condiviso ed approvato, che sia in grado di:
 - assicurare la *buona pratica di tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi*,
 - garantire *l'adozione di ogni utile misura di prevenzione* delle complicanze e del necessario trattamento nonché la *tempestiva gestione dei rischi* connessi.

Inoltre,

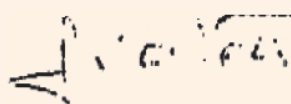
Auspica

che la Direzione Generale competente adotti ogni opportuna iniziativa al fine di evitare o ridurre il fenomeno attuale di non omogeneità di situazioni sul territorio, relativamente alla tecnica del prelievo arterioso radiale per emogasanalisi, eseguito dall'infermiere.

Il Segretario della Sezione



Il Presidente della Sezione



Vista, per presa visione
Il Presidente del Consiglio Superiore di Sanità

