

Susanna Ciampalini, Dirigente Farmacista, Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria dei Livelli Essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Roma

La sicurezza dei pazienti: le attività del Ministero della Salute

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico rappresentano un tema di attualità e di forte impatto sociale che assume notevole rilevanza nelle politiche sanitarie. In questo ambito il Ministero della Salute ha avviato un programma nazionale in collaborazione con le Regioni, le Aziende sanitarie, le Società scientifiche, i medici di medicina generale e gli infermieri ed altri *stakeholder*, poiché tutti quanti siamo chiamati a promuovere una nuova cultura della sicurezza per i pazienti e per gli operatori sanitari.

Le attività del Ministero della Salute si collocano nell'ambito del miglioramento della qualità dei servizi sanitari: parlare di sicurezza equivale a parlare di qualità. Sicurezza e qualità sono requisiti fondamentali dell'assistenza sanitaria: pertanto, le aziende si devono impegnare ad erogare prestazioni che rispondono a criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza, equità d'accesso e sicurezza.

Le iniziative del Ministero della Salute tengono conto sia di quanto avviene a livello nazionale (Aziende e Regioni) sia di quanto è già stato fatto a livello internazionale, da cui provengono esperienze gestionali e modelli operativi che possono essere mutuati nelle nostre realtà locali.

Infatti, a livello internazionale, il Ministero della Salute collabora con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (sottogruppo dedicato alla sicurezza dei pazienti), la Commissione Europea, il Consiglio d'Europa (che ha elaborato delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti), l'OCSE (al cui interno un sottogruppo elabora gli indicatori di sicurezza necessari per valutare il funzionamento dei servizi sanitari).

Le aree di intervento in tema di sicurezza individuate dagli organismi internazionali sono le stesse aree di indirizzo in cui si muove il Ministero della Salute:

- *sviluppare sistemi di segnalazione degli eventi avversi;*
- *fornire soluzioni operative;*
- *dare impulso alla ricerca;*
- *elaborare ed adottare un linguaggio comune (a tal proposito è disponibile sul sito del Ministero della Salute un glossario per la sicurezza dei pazienti, importante per il confronto e lo scambio di esperienze);*
- *coinvolgere i pazienti (un paziente informato è un paziente che può aiutare gli operatori sanitari a prevenire gli errori e questa interazione positiva fra paziente ed ospedale facilita un clima collaborativo e aiuta a fruire dei servizi sanitari in maniera più appropriata).*

Riguardo a questo ultimo punto, il Ministero della Salute ha elaborato una guida per i pazienti in ospedale ed una guida rivolta ai familiari e alle persone che si prendono cura dei pazienti, che saranno disponibili entro poco tempo. Inoltre è stata condotta presso gli Ordini e le Società scientifiche una indagine, i cui risultati sono in fase di valutazione, per avere un quadro d'insieme delle iniziative che coinvolgono i pazienti.

A livello nazionale abbiamo assistito, negli ultimi anni, ad un forte cambiamento nell'assistenza sanitaria, per numerosi motivi: un nuovo contesto istituzionale-normativo, le mutate condizioni sociali e demografiche, l'aumento dell'immigrazione, l'*empowerment* del cittadino, la varietà dei ruoli professionali e delle prestazioni erogate, l'impiego di nuove tecnologie sempre più sofisticate. Per governare tutti questi cambiamenti, bisogna innanzitutto promuovere la cultura della sicurezza dei pazienti, sicurezza che deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consente di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e le responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

EDITORIALE

pervenuto il 26/06/07
approvato il 30/09/07

Relazione presentata
al XXV Congresso Nazionale Aniarti
Genova 15, 16,17 Novembre 2006

Per far questo occorre un approccio di sistema, un modello operativo che comprende i pazienti, i professionisti e l'organizzazione sanitaria.

Proprio in questa ottica di promozione della sicurezza del paziente, della qualità dei servizi sanitari e dell'implementazione del governo clinico si svolgono le iniziative del Ministero della Salute i cui obiettivi sono contenuti in documenti di indirizzo e programmazione, come il Piano Sanitario Nazionale: *"l'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva la prestazione che produca il miglior esito possibile, in base alle conoscenze disponibili; che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, col minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione del paziente"*.

Presso il Ministero della Salute è stato istituito un gruppo di lavoro che affronta le seguenti aree ritenute prioritarie:

- *Elaborazione di un Sistema di monitoraggio degli eventi avversi.*
- *Elaborazione di raccomandazioni.*
- *Elaborazione di manuali per l'analisi degli errori.*
- *Elaborazione di strategie per l'implementazione della formazione.*
- *Metodologie di coinvolgimento dei pazienti.*
- *Valutazione degli aspetti medico-legali e di un sistema di monitoraggio delle polizze assicurative.*

Nel 2004 è stato elaborato un documento che affronta in maniera generale il problema del rischio clinico e offre alcune riflessioni utili per gli operatori sanitari; è stata anche effettuata una rilevazione nazionale sulle iniziative intraprese dalle aziende in tema di sicurezza dei pazienti. Questa indagine, condotta nel 2002-2003, ha una grande importanza, perché mette in luce criticità che tuttora persistono e il cui studio ha permesso di definire le linee di programma da svolgere. Molte aziende avevano attuato politiche di gestione del rischio clinico: il 17% aveva istituito una Unità della gestione del rischio clinico, percentuale salita al 28% nel corso di una ulteriore indagine fatta nel 2005. La formazione appariva elemento strategico da tenere in grande considerazione: nel 2002-2003 la tematica della sicurezza del paziente era affrontata in maniera molto limitata e la categoria più interessata era in prevalenza quella dei medici.

Riguardo al monitoraggio degli eventi avversi è stato elaborato, in via sperimentale, un Protocollo che riguarda il monitoraggio degli eventi sentinella, cioè eventi avversi di particolare gravità che comporta morte o grave danno al paziente e il cui accadimento richiede un'indagine da parte dell'azienda sanitaria per analizzare le cause e i fattori contribuenti.

Il protocollo inviato a tutte le aziende e regioni, reperibile anche sul sito del Ministero della Salute, riguarda i seguenti eventi sentinella:

- 1) *Procedura chirurgica in paziente sbagliato.*
- 2) *Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte).*
- 3) *Suicidio in paziente ricoverato.*
- 4) *Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure.*
- 5) *Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO.*
- 6) *Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia associati all'uso di farmaci.*
- 7) *Morte materna correlata al travaglio e/o parto.*
- 8) *Violenza o maltrattamento su paziente.*
- 9) *Morte di neonato sano di peso >2500 gr. entro 48 ore dalla nascita.*
- 10) *Ogni altro evento avverso che causa morte o gravi danni indicativo di malfunzionamento del sistema e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.*

Successivamente questa lista è stata ampliata includendo gli eventi sentinella:

- *Morte e grave danno per caduta di paziente in ospedale*
- *Morte o grave danno connessi al sistema di trasporto*
- *Morte o grave danno connesso ad errata attribuzione di codifica del triage.*

Il Gruppo di lavoro per la sicurezza, istituito presso la Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute, supportato da esperti regionali, ha elaborato *Raccomandazioni* per aumentare la consapevolezza che alcune procedure diagnostiche-terapeutiche possono arrecare gravi danni. Le *Raccomandazioni* una volta elaborate vengono inviate alle Società scientifiche, agli Ordini e Collegi professionali, per ricevere suggerimenti e valide integrazioni: è prevista, in un secondo

tempo, la valutazione dell'implementazione delle raccomandazioni a livello aziendale.

La prima *Raccomandazione* prodotta è quella *relativa al corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio*, a cui è seguita la Determinazione dell'AIFA 11 novembre 2005: *disposizioni in materia di etichettatura dei prodotti medicinali per uso endovenoso contenenti alte concentrazioni di potassio*. Altre *Raccomandazioni* sono state divulgate e sono disponibili sul portale del Ministero della Salute nell'area tematica Qualità e programmazione sanitaria, fra cui la *Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico* e la *Raccomandazione per la corretta identificazione di pazienti, del sito chirurgico e della procedura*.

La *Raccomandazione sulla prevenzione del suicidio in ospedale* è disponibile da pochi giorni, dopo molti mesi di consultazione proprio per la delicatezza dell'argomento trattato: sappiamo quanto nella prevenzione ad un suicidio gioca un ruolo importante la figura dell'infermiere nell'accoglienza del paziente.

Un'altra *Raccomandazione*, molto particolare perché richiede un approccio etico al problema e tutt'ora in fase di valutazione, è quella *relativa alla comunicazione dell'errore da parte delle aziende*: quando comunicare, cosa comunicare, come comunicare l'evento avverso che deriva da un errore.

Dal momento che la formazione è ritenuta una strategia vincente nella soluzione della sicurezza dei pazienti, il Ministero della Salute ha predisposto un Documento di indirizzo sulle modalità di formazione per tutti gli operatori sanitari, che contempla un livello nazionale, regionale, aziendale: attualmente è all'attenzione del Ministro della Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Inoltre è in via di completamento, con il supporto di FMONCEO e IPASVI, la procedura per poter attivare il Corso di formazione FAD, suddiviso in moduli, che affronterà diversi aspetti della sicurezza dei pazienti.

Il Ministero della Salute ha anche cofinanziato il progetto presso l'agenzia dei servizi sanitari regionali (ASSR) *"Programmi speciali"* - Art. 12 bis, comma 6, D.Lgs. 229/99 - *La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio*; il progetto si basa sull'analisi

delle esperienze già effettuate da alcune regioni per fornire dei modelli e strumenti di rilevazione e segnalazione degli eventi avversi.

Sono tutt'ora in fase di elaborazione dei manuali sull'analisi degli errori che affrontano alcune metodiche di analisi dell'errore come la FMEA/FMECA, l'audit e RCA.

Infine è volontà del Ministro istituire un Centro di riferimento per la sicurezza dei pazienti che fungerà da Osservatorio degli eventi avversi, formato da un nucleo operativo a livello della Direzione generale della Programmazione sanitaria, che opera in collaborazione con regioni, società scientifiche, associazioni di volontariato e associazioni dei cittadini.

In conclusione è da sottolineare l'importanza delle diverse competenze di tutto il personale sanitario nella gestione del rischio clinico da valorizzare e rafforzare tramite la formazione e l'individuazione a livello aziendale di un piano per la sicurezza che coinvolga tutte le figure professionali necessarie ad un radicale cambiamento culturale per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

È disponibile la casella di posta elettronica **Rischioclinico@sanita.it** per inviare ogni suggerimento e ogni commento, che sarà preso in considerazione.

II EDIZIONE

LA NUTRIZIONE ENTERALE IN AREA CRITICA

Evento Formativo ECM per infermieri
assegnati 9 crediti

30 Novembre - 1 Dicembre 2007

Aula Magna A.O.R.N. Monaldi Napoli

**Chi ha già partecipato alla I edizione non
può partecipare**

Per informazioni: **www.aniarti.it**
cliccare regione Campania

Patrizio Di Denia, Infermiere Dirigente. Responsabile del progetto regionale "Gestione del rischio della struttura sanitaria" dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia - Romagna, Bologna

Metodi e strumenti per prevenire i rischi

Il processo di *Risk management* può essere definito come una serie di attività cliniche ed amministrative che sono intraprese innanzitutto per identificare i rischi (prima fase del processo da attuare perché permette di definire il fenomeno), per analizzarli e valutarli (seconda fase), per il loro trattamento (terza fase) ed infine per il monitoraggio delle azioni intraprese (quarta fase).

La prima fase è la identificazione del rischio

Vi sono una serie di fonti informative già esistenti nelle nostre organizzazioni che, integrate tra loro, permettono di definire l'entità del fenomeno: le schede di dimissioni ospedaliere (SDO), la documentazione sanitaria in generale, i vari sistemi di sorveglianza di eventi avversi (infezioni, cadute, lesioni da compressione, ecc), le segnalazioni dei pazienti ed anche le eventuali richieste di risarcimento che non devono essere considerate solo dal punto di vista del contenzioso, ma anche utilizzate a scopo preventivo per individuare le criticità.

Altre fonti informative sono quelle che provengono dai sistemi di segnalazione spontanea di *incident reporting* per gli eventi avversi e i quasi eventi (*near miss*), dalla sorveglianza degli eventi sentinella e dall'utilizzo di tecniche proattive quali la FMEA.

Gli strumenti da soli non possono in assoluto ridurre i rischi: c'è bisogno di un sistema integrato costituito da vari componenti, metodi e strumenti, tutti orientati alla sicurezza dei pazienti.

L'incident reporting

L'*incident reporting* è una modalità di raccolta strutturata di segnalazioni spontanee con cui si raccolgono gli eventi significativi per la sicurezza dei pazienti: eventi con danno al paziente (eventi avversi), ma anche eventi che sono stati intercettati e che quindi non hanno raggiunto il paziente e non hanno causato alcun danno (*near miss*).

Questo strumento è utilizzato in maniera routinaria nelle organizzazioni ad alta affidabilità (centrali nucleari, industrie petrolchimiche, settore aeronautico, ecc.).

Nell'ambito sanitario anglosassone è uno degli strumenti più utilizzati perché propone un approccio assolutamente di tipo *amichevole-protettivo*. È basato sul cambiamento culturale dell'organizzazione e degli operatori; quindi è uno strumento che ha difficoltà ad essere implementato laddove non sia presente un buon clima organizzativo. Lo strumento può quindi essere applicato in contesti e ambiti ben specifici.

Per quanto riguarda le sue caratteristiche, l'*incident reporting* deve essere utilizzato in maniera confidenziale e riservata non deve essere presente un atteggiamento punitivo o sanzionatorio.

I risultati inoltre, devono essere analizzati da esperti e vi deve essere un orientamento del sistema ad utilizzare i risultati dell'*incident reporting* nella pratica; infatti l'avvio di un sistema di *incident reporting* è relativamente facile all'interno di una organizzazione, ma il problema principale è il mantenimento dello strumento nel tempo. Quindi le Direzioni, devono avere la consapevolezza di utilizzare questo strumento per apprendere dagli errori orientandolo al miglioramento nella pratica.

Per quanto riguarda l'*incident reporting* i suoi punti di forza sono:

- a) *l'individuazione di eventi poco frequenti o emergenti che non avrebbero modo di venire alla luce con altre fonti informative;*
- b) *a possibilità di individuare aree problematiche trasversali (gestione del farmaco, cadute, ecc);*
- c) *la possibilità di gestire i singoli casi: il fatto che l'incident reporting debba essere il più tempestivo possibile, permette di segnalare gli eventi avvenuti durante il ricovero del paziente, quindi si può gestire l'evento immediatamente.*

I limiti sono invece quelli di:

- a) *un'estrema variabilità nel numero delle segnalazioni nella casistica;*

EDITORIALE

pervenuto il 26/06/07
approvato il 30/09/07

Relazione presentata
al XXV Congresso Nazionale Aniarti
Genova 15, 16,17 Novembre 2006

- b) la necessità di un approccio amichevole e non punitivo;
c) una scarsa affidabilità epidemiologica: non si può pretendere di ottenere con l'incident reporting una reale mappatura del rischio perché non è lo strumento più adatto.

Vi sono alcune esperienze di utilizzo di *incident reporting* in ambito nazionale. In Emilia-Romagna, nell'ambito del progetto regionale di Gestione del rischio, l'*incident reporting* viene utilizzato dal 2004 per segnalare gli incidenti anestesio-logici.

Sono stati formati ad oggi circa 1500 professionisti di sala operatoria (infermieri e medici anestesisti) che segnalano l'incidente prima su un modulo cartaceo che è successivamente inserito in un data base.

Cosa permette di individuare l'*incident reporting*?

A livello regionale il sistema ci ha permesso di individuare quelle che sono le aree di criticità su cui si può intervenire per migliorare il sistema: le prestazioni assistenziali, la gestione delle apparecchiature, la gestione del farmaco e la corretta identificazione del paziente.

La FMEA

Un altro strumento a cui accennare è la FMEA, (*Failure mode and effect analysis*). È una tecnica di tipo preventivo, previsionale, di tipo probabilistico che è stata utilizzata prima nel campo ingegneristico e attualmente in campo sanitario. Il suo scopo è quello di analizzare prima in maniera qualitativa, attraverso un'analisi di processo e poi successivamente andando a quantificare in maniera probabilistica quali sono i rischi prioritari.

L'utilizzo della FMEA facilita un approccio non punitivo: nel momento in cui si fanno valutazioni di tipo soggettivo e preventivo, non si rischia di essere punito dall'organizzazione.

Favorisce inoltre il coinvolgimento del personale nell'analisi dei processi critici mediante la partecipazione a team multidisciplinari.

I limiti sono che è sicuramente una tecnica più complessa di altre, perché necessita di un breve *training* formativo ed è necessaria una certa esperienza da parte dei professionisti rispetto al processo che andranno a valutare.

La seconda fase del processo è quella

dell'analisi e della valutazione dei rischi.

In questa fase è possibile utilizzare diversi strumenti, tra cui **la root cause analysis, l'audit clinico e le rassegne di mortalità e morbilità.**

La root cause analysis

La *Root cause analysis* è un'indagine strutturata, di tipo retrospettivo su eventi già avvenuti che servono ad individuare quelle che sono le cause profonde dei problemi e le azioni necessarie per risolverle.

Il metodo prevede la raccolta delle informazioni, la valutazione delle informazioni, l'individuazione delle cause e la definizione e attuazione delle azioni di miglioramento.

L'RCA focalizza sulla risoluzione dei problemi, non sulla ricerca dei colpevoli, quindi non interessa chi è il colpevole, ma quali sono le cause profonde.

Vengono utilizzate una serie di tecniche correlate: brainstorming, diagramma causa-effetto, i 5 perché, analisi delle barriere, ecc.

Le evidenze in letteratura sull'efficacia della RCA nella riduzione del rischio sono contraddittorie come su tutti gli strumenti di *risk management*: uno studio ha dimostrato una diminuzione del 45% del tasso di incidenti in seguito all'utilizzo sistematico dell'RCA, altri studi affermano che gli RCA sono dispendiosi in termini di tempo e di risorse e che quindi molte volte nell'operatività sono difficilmente attuabili.

L'audit clinico

Altro strumento per l'analisi è l'**Audit Clinico**. È un processo di valutazione di revisione della propria attività e quindi è uno strumento che viene utilizzato in contesti in cui sono stati già avviati percorsi di autocritica e di auto-valutazione da parte dei professionisti.

Anche in questo caso ci sono una serie di step metodologici che possono essere utilizzati come guida alla realizzazione di un *audit*.

Anche in questo caso esistono vantaggi e svantaggi dell'*audit clinico*.

Se da una parte, l'*audit* spinge al cambiamento dei comportamenti dei professionisti, altre volte il clinico si sente costretto ed obbligato, con una sensazione di restrizione della propria autonomia professionale e quindi vi può

anche essere il sospetto e il timore verso uno strumento di questo tipo.

L'audit clinico è uno strumento efficace? In letteratura le conclusioni non sono entusiasmanti: se da una parte può aumentare la cultura e la sensibilità del personale e degli operatori, non esistono chiare evidenze sulla sua reale efficacia nella riduzione dei rischi. Una revisione della *Cochrane Library* afferma che oltre all'audit devono essere utilizzati anche altri strumenti di governo clinico.

La terza fase del processo riguarda il **trattamento dei rischi.**

Per quanto riguarda il trattamento dei rischi si deve distinguere tra strategie più articolate e complesse che comprendono un insieme di attività intraprese dalle organizzazioni sanitarie o da agenzie nazionali e tra pratiche di tipo operativo che sono interventi di tipo clinico che sono realizzati per prevenire e minimizzare i danni al paziente.

Un esempio di strategia nazionale è rappresentata dai Seven Step, le sette fasi della National Patient Safety Agency (Agenzia inglese per la sicurezza dei pazienti), costituite da:

1. sviluppare una cultura della sicurezza,
2. guidare e sostenere lo staff,
3. gestire il rischio in modo integrato,
4. coinvolgere i pazienti,
5. imparare dagli errori e condividere le lezioni sulla sicurezza,
6. promuovere l'incident reporting,
7. implementare le soluzioni nella pratica.

Per quanto riguarda gli interventi per la prevenzione dei danni al paziente quelli che si sono dimostrati essere di provata efficacia sono (AHRQ, 2001):

1. Utilizzare la profilassi antitrombotica per i pazienti a rischio
2. Utilizzare i beta bloccanti in fase perioperatoria per prevenire la mortalità e la morbilità
3. Utilizzare le barriere sterili nel posizionamento di cateteri endovenosi per prevenire le infezioni
4. Utilizzare con appropriatezza la profilassi antibiotica nei pazienti chirurgici per prevenire le infezioni perioperatorie
5. Chiedere ai pazienti che ripetano che cosa è stato detto loro nel corso del consenso informato
6. Aspirare di continuo le secrezioni per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita

7. Utilizzare presidi antidecubito per prevenire le lesioni da pressione
8. Utilizzare la guida ultrasonica nel corso dell'inserimento di cateteri centrali
9. Favorire l'automedicazione da parte del paziente con warfarin a domicilio
10. Nutrire i pazienti chirurgici in condizione critica con la nutrizione enterale precoce
11. Utilizzare cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere.

Qual è il ruolo dei professionisti sanitari?

Ogni professionista deve rappresentare all'interno della propria attività un controllore della gestione del rischio, deve trovare un alleato nel paziente e deve appropriarsi di metodi e strumenti che deve utilizzare nell'agire quotidiano; la gestione del rischio deve entrare proprio nella quotidianità e nella pratica.

Karl Popper diceva che: "evitare errori è un ideale meschino: se non osiamo affrontare problemi che siano così difficili da rendere l'errore quasi inevitabile, non vi sarà allora sviluppo della conoscenza. In effetti è dalle nostre teorie più ardite, incluse quelle che sono erronee, che noi impariamo di più: nessuno può evitare di fare errori; la cosa più grande è imparare da essi".

È proprio apprendendo dagli errori che è possibile aumentare le conoscenze e le proprie competenze e quindi migliorare la sicurezza.

X° CONVEGNO REGIONALE

Corso di formazione Aniarti Campania

L'INFERMIERE, LA QUALITÀ E IL SISTEMA SANITÀ

23 – 24 Novembre 2007

Aula Magna A.O.R.N. Monaldi Napoli

Validazione ECM – Infermiere,
partecipanti 160

Validazione ECM – Infermiere pediatrico, par-
tecipanti 60

Responsabile evento formativo:

Tonia De Crescenzo

Infermiera, delegata Aniarti Campania A.O.R.N.
Cardarelli, Napoli

Per informazioni: www.aniarti.it
cliccare regione Campania

Simona Fiore, Stella Neri, Filippo Festini, Infermieri Università di Firenze, Dipartimento di Pediatria, Sezione di Scienze Infermieristiche e delle Professioni Sanitarie

Il protossido d'azoto nella terapia del dolore da procedura in campo pediatrico

Riassunto

In ambito pediatrico la prevenzione ed il controllo del dolore da procedura devono includere non solo una adeguata analgesia ma anche una riduzione della sofferenza prodotta dalla paura. Quest'ultima potenzia la sensazione dolorosa e determina ansia anticipatoria per le successive procedure. È di fondamentale importanza prestare particolare attenzione a eliminare dolore e paura fin dalle prime esperienze dolorose del bambino anche in occasione di procedure invasive minori quale il prelievo venoso. Attualmente a tale scopo sono a disposizione degli infermieri vari strumenti come creme anestetiche locali e tecniche non farmacologiche. La loro efficacia è provata ma il loro uso è spesso limitato dalla lentezza di azione (creme anestetiche) o dalla necessità di un setting adeguato. Inoltre, nessuno dei metodi sin qui usati combina l'effetto analgesico a quello ansiolitico e alla velocità d'azione.

Questa review esamina la letteratura disponibile riguardante i profili di efficacia e sicurezza dell'uso di Protossido di azoto premiscelato al 50% in ambito pediatrico per procedure invasive sia maggiori che minori.

Il Protossido di azoto premiscelato risulta essere efficace e sicuro e assomma l'effetto analgesico all'effetto ansiolitico, alla rapidità di azione ed alla maneggevolezza per la pratica clinica quotidiana. Queste caratteristiche lo rendono lo strumento ideale per la prevenzione ed il controllo del dolore da procedura in ambito pediatrico. L'esperienza di molti paesi stranieri dimostra che esso può essere utilizzato routinariamente da infermieri appositamente addestrati, dietro prescrizione e delega del medico, in base a protocolli operativi.

Il dolore da procedura in campo pediatrico rappresenta un problema di notevole rilevanza. Si tratta di un tipo di dolore con il quale l'infermiere di pediatria ha quotidianamente a che fare, ed è un aspetto della pratica sanitaria che non può e non deve essere ignorato, verso il quale l'infermiere ha responsabilità etiche e deontologiche.

Fortunatamente negli ultimi anni l'attenzione del personale sanitario verso questo fenomeno sta aumentando ma molto ancora può essere fatto per superare gli aspetti critici e migliorare la gestione di questo tipo di dolore.

Una componente rilevante del dolore da procedura nel bambino è la sofferenza prodotta dalla paura. Essa da un lato influisce fortemente sulla percezione della sensazione dolorosa potenziandola ed amplificandola; dall'altro determina l'insorgere di ansia anticipatoria nei confronti delle procedure invasive successive alla prima. Questo rende pro-

blematico per gli operatori e altamente stressante per il bambino e la sua famiglia la gestione anche di procedure invasive minori quali il prelievo venoso, in particolar modo nei bambini affetti da patologia cronica che si devono sottoporre a procedure invasive con frequenza¹. È pertanto di fondamentale importanza prestare particolare attenzione fin dalle prime esperienze dolorose del bambino, anche apparentemente *minori*, non solo all'aspetto dell'analgesia ma pure a quello del controllo dell'ansia e della paura².

La gran parte dei farmaci attualmente utilizzati nel trattamento del dolore da procedura possiede però o l'una o l'altra caratteristica; per ottenere contemporaneamente analgesia ed ansiolisi si ricorre quindi all'associazione fra farmaci dalle diverse proprietà e ciò comporta spesso un aumento dei tempi di recupero del paziente e una sommazione o potenziamento dei relativi effetti collaterali.

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

pervenuto il 30/07/07
approvato il 30/09/07

Un valido aiuto all'infermiere alle prese con il controllo del dolore da procedura nel bambino viene dall'utilizzo di tecniche non farmacologiche quali distrazione, il rilassamento, l'immaginazione guidata ecc... Si tratta di tecniche ampiamente utilizzate nel controllo del dolore da procedura in campo pediatrico, la cui efficacia è ampiamente dimostrata³⁻⁶. Tuttavia, la loro possibilità di utilizzo può risultare limitata dal fatto che richiedono un buon esercizio delle competenze relazionali dell'infermiere. Esse, inoltre, possono risultare del tutto inutilizzabili in determinati contesti, come quello dell'emergenza/urgenza, poiché richiedono un setting adeguato e tempi di messa in pratica relativamente lunghi. Quest'ultimo limite è presente anche nelle più diffuse creme anestetiche (ad es Emla®) che dispiegano la loro efficacia in 30-60 minuti.

Al momento quindi uno dei punti critici del trattamento del dolore da procedura in pediatria è rappresentato dalla necessità di ottenere contemporaneamente una efficace analgesia ed una altrettanto efficace ansiolisi nel minor tempo possibile, senza incorrere però in una maggiore possibilità di effetti collaterali, tutto ciò preferibilmente attraverso uno strumento che risulti anche maneggevole nell'uso.

Il protossido d'azoto: caratteristiche, vantaggi e rischi

Uno strumento che potrebbe offrire ottime possibilità di trattamento del dolore da procedura è rappresentato dall'uso del protossido d'azoto (N₂O) in miscela fissa al 50%.

Il Protossido d'azoto è un gas inodore ed incolore (noto anche come gas esilarante) scoperto dal chimico Joseph Priestly nel 1772; possiede blande proprietà anestetiche ma potenti proprietà analgesiche ed ansiolitiche e viene comunemente impiegato nel mantenimento dell'anestesia⁷.

Nel trattamento del dolore da procedura viene utilizzato miscelato all'ossigeno ed è disponibile nella preparazione di miscela fissa equimolare di 50% N₂O e 50% O₂ predisposta in bombole che possono essere anche trasportate.

L'inalazione di questa miscela induce uno stato di sedazione cosciente, descritto come uno stato di depressione della coscienza, indotto farmacologicamente, durante il quale vengono con-

servate la capacità di respirare autonomamente, i riflessi protettivi delle vie aeree e la capacità di rispondere a stimoli verbali. L'azione del gas si manifesta in tre minuti dall'inizio dell'inalazione ed è reversibile in cinque minuti, dalla sospensione della stessa⁸.

In seguito alla sua somministrazione possono talora verificarsi alcuni effetti collaterali minori quali euforia ed irrequietezza⁹ e, più raramente, nausea e vomito¹⁰. La loro frequenza di insorgenza è tuttavia bassa e regrediscono spontaneamente dopo pochi minuti dalla sospensione dell'inalazione¹¹⁻¹⁴. Effetti collaterali maggiori quali inibizione del riflesso della deglutizione o desaturazione non sono stati evidenziati negli studi disponibili. Solo uno studio¹⁵ riporta un episodio di difficoltà respiratoria in un bambino di 18 mesi con recente storia di bronchiolite; la desaturazione fu risolta con la sospensione del protossido d'azoto e la somministrazione di solo ossigeno, senza necessità di ulteriori interventi.

Per quanto riguarda le controindicazioni, a causa della sua forte diffusibilità negli spazi aerei, il protossido d'azoto non deve essere somministrato in tutte le situazioni di intrappolamento di aria nelle cavità corporee¹⁶, pertanto non deve essere usato in caso di pneumotorace, ipertensione polmonare, sacche enfisematose, embolia gassosa, trauma cranico chiuso, aumento della pressione intracranica, ostruzione intestinale, otite e sinusite^{8,17,18}. È controindicato anche nei pazienti che richiedono ventilazione di ossigeno puro o con difficoltà respiratoria e in tutti i casi di depressione dello stato di coscienza o di alterazione di questo, che impedisca la collaborazione del paziente¹⁸.

Non deve essere usato in caso di intossicazione da farmaci¹⁸ e non può essere utilizzato in caso di trauma facciale¹² che interessi la zona di applicazione della maschera necessaria per la somministrazione.

Non esistono importanti incompatibilità farmacologiche¹⁷; l'associazione ad altri analgesici può essere fatta per quei casi in cui la sola somministrazione di protossido d'azoto si è rivelata produrre insufficiente analgesia¹⁹.

Esiste un rischio teorico, sebbene eccezionale, di potenziamento dell'effetto

del protossido d'azoto in caso di associazione a farmaci ad azione centrale quali oppiacei o benzodiazepine¹².

La miscela equimolare di Protossido d'azoto è indicata sia per l'esecuzione di procedure dolorose minori di breve durata quali venipuntura ed incannulazione venosa^{9,20-24}, puntura ed incannulazione arteriosa¹⁸, iniezioni in genere^{14,27}, cateterismo urinario¹⁸, sia per procedure invasive maggiori quali puntura lombare e aspirato midollare^{25,26}, pratiche endoscopiche^{11,28}, biopsie epatiche/muscolari/renali^{18,29}, rimozione di drenaggi ad esclusione di quelli toracici¹⁸ perché l'azione analgesica non è sufficiente³⁰, suture^{31,32}, medicazioni di ustioni o cambi di medicazione^{33,34}, procedure odontoiatriche³⁵. È vantaggiosamente utilizzato in associazione a tecniche di anestesia locale anche nella riduzione di fratture semplici^{10,19,36,37}.

I vantaggi dell'uso del protossido d'azoto nel trattamento del dolore da procedura sono legati alle sue specifiche proprietà: innanzitutto, come detto in precedenza, possiede allo stesso tempo proprietà analgesiche ed ansiolitiche che si sono dimostrate efficaci per una vasta gamma di applicazioni^{13,34,39,40}, è un farmaco sicuro al quale sono associati minimi effetti collaterali⁴¹, la sua rapidità d'azione lo rende facilmente applicabile anche al contesto dell'emergenza^{16,42}, sia ospedaliera che territoriale⁴³⁻⁴⁵. Il suo uso è semplice e non richiede competenze particolari né un monitoraggio strumentale approfondito: durante la somministrazione è sufficiente il monitoraggio della saturazione¹⁸, che integra l'osservazione effettuata dall'infermiere¹⁵.

La sedazione cosciente ha senza dubbio il vantaggio di ridurre i tempi di recupero rispetto ad altre modalità di sedazione^{10,25}. Inoltre risulta essere una modalità di trattamento del dolore da procedura ben accettata dai bambini e dai genitori così come dal personale sanitario stesso⁴⁶.

Per quanto riguarda i rischi legati all'uso del protossido d'azoto sappiamo che questo interferisce con l'azione della vitamina B12⁴⁷ pertanto in seguito ad una esposizione cronica ad alte dosi o in seguito ad abuso del gas possono verificarsi disordini neurologici, ematologici e immunologici^{48,49} quali mielo-

neuropatie⁵⁰, anemie megaloblastiche e leucopenie^{12,16,17}.

I dati disponibili in letteratura non evidenziano l'esistenza di rischi specifici per l'operatore^{12,51}. Nell'uomo non sono stati dimostrati effetti teratogeni, mutageni o cancerogeni⁵² e anche negli studi condotti sugli animali la comparsa di effetti teratogeni è conseguente alla somministrazione di altissime dosi di protossido d'azoto⁵³.

In merito al possibile rischio di diminuzione della fertilità^{54,55} e di aborto spontaneo⁵⁶⁻⁵⁹, gli studi presenti in letteratura si riferiscono perlopiù a personale sanitario odontoiatra od ostetrico, ma le variabili influenti e i livelli di esposizione ambientale al protossido d'azoto in questi contesti non sono sovrapponibili a quelli dell'infermiere che lo utilizza nel contesto di procedure dolorose.

Da uno studio su 720.000 nascite condotto a partire dal registro svedese emerge che la frequenza delle malformazioni fetali non è più alta nelle donne che hanno ricevuto protossido d'azoto durante un'anestesia generale nel primo trimestre di gravidanza⁶⁰; le concentrazioni inalate da queste donne sono state 50.000 volte superiori di quelle inalate da un'infermiera in prossimità di un paziente che stava inalando una miscela fissa di 50% N₂O e 50% O₂⁶¹.

Dagli studi disponibili emerge che possibili rischi al riguardo sono comunque legati ai livelli di esposizione⁵⁵ al gas e alla presenza di adeguati sistemi di filtraggio dell'aria⁴⁹, pertanto eliminabili con il rispetto dei limiti del valore medio di esposizione (VME): in USA il valore limite della soglia di esposizione è di 50 parti su un milione (ppm) per una esposizione media di otto ore⁶², in Europa i limiti del VME variano a seconda dei diversi paesi da 25 a 100 ppm.⁶³ Tra le opportune precauzioni di impiego, riportate da una delle case produttrici delle miscele di protossido d'azoto, ritroviamo l'indicazione all'uso in locali che dispongano di una adeguata aerazione o di un sistema di ricambio dell'aria.

Utilizzo del protossido d'azoto premiscelato da parte degli infermieri

In Francia il protossido d'azoto in miscela equimolare viene usato regolarmente dagli anni '80 del secolo scorso nei trasporti medici e nelle sale parto¹². L'introduzione di modifiche ai sistemi di

inalazione forniti dai produttori (ad es: valvola anti-ritorno, mascherine colorate e profumate) consentirono una rapida estensione dell'uso del protossido d'azoto premiscelato in campo pediatrico. Uno studio prospettico multicentrico condotto nel 1996 in 31 centri pediatrici francesi dimostrò l'efficacia e la sicurezza del protossido premiscelato sui pazienti in età evolutiva¹².

L'autorizzazione definitiva all'uso ed alla commercializzazione del protossido premiscelato in Francia risale al 2001. Il suo uso è consentito dietro prescrizione medica⁶⁴. Dopo che un medico ha verificato che non vi sono controindicazioni e che l'indicazione è giustificata, un infermiere formato può somministrare il protossido premiscelato con una delega conferitagli dall'applicazione di un protocollo specifico. Ciò è possibile in base ad una circolare ministeriale e ad un decreto sugli atti e l'esercizio della professione di infermiere. L'Agenzia francese del farmaco in accordo con l'*American Society of Anesthesiologists* richiedono che gli infermieri che somministrano il protossido d'azoto premiscelato abbiano ricevuto una appropriata formazione e che la somministrazione del gas venga interrotta in caso di perdita del contatto verbale col paziente o al verificarsi di qualsiasi evento indesiderato.

In Francia, dunque, la somministrazione del protossido d'azoto premiscelato avviene ad opera di personale infermieristico sulla base di delega medica e di protocolli.

Anche nel Regno Unito, USA e Australia la somministrazione di protossido d'azoto premiscelato da parte degli infermieri è ormai consolidato nella pratica corrente di moltissimi ospedali, in particolare per i bambini con patologia cronica che devono sottoporsi a procedure invasive minori frequenti⁶⁵⁻⁶⁵.

In Italia il protossido d'azoto è attualmente registrato solo come gas anestetico e quindi è utilizzabile solo in sala operatoria sotto la prescrizione e la diretta gestione da parte di un medico anestesista. Le miscele fisse di 50% N₂O e 50% O₂, pur essendo registrate a livello europeo come farmaci, in Italia sono ancora in attesa di registrazione nella farmacopea nazionale. Pertanto al momento la diffusione su larga scala dell'uso del protossido d'azoto nella terapia del dolore da procedura risulta limitata da aspetti burocratici.

Tuttavia, una volta avvenuta la registrazione delle miscele fisse di protossido d'azoto, è auspicabile che anche nel nostro paese l'uso del protossido d'azoto nella terapia del dolore da procedura sia incrementato, in particolare attraverso il coinvolgimento della figura dell'infermiere. L'esperienza di paesi come la Francia ci suggerisce che è possibile la somministrazione di miscele fisse di protossido d'azoto in autonomia da parte di personale infermieristico adeguatamente formato, nel rispetto di efficacia e sicurezza. Anche nel nostro paese, infatti, l'ordinamento professionale vigente consente la somministrazione di farmaci in autonomia da parte dell'infermiere su prescrizione del medico e su delega di esso, sulla base di protocolli condivisi. È questo il caso, ad esempio, del contesto dell'emergenza territoriale dove gli infermieri del 118 possono somministrare in autonomia determinati farmaci sulla base di protocolli operativi approvati, o di tutti quei casi in cui il medico formula una prescrizione al *bisogno*.

Bibliografia

1. FESTINI F, CRINELLI S, NERI S, BASTIANI C, CAPRILLI S, *Perception of pain related to venipuncture in children with cystic fibrosis compared to non-affected children*. *Pediatr Pulmonol* 2006. 29: 404.
2. BENINI F., *Dolore da procedura: perché, quando e come trattarlo*. Un'esperienza del Dipartimento di Pediatria di Padova, da fondazione Livia Benini 2002.
3. Raccomandazioni per il controllo del dolore da procedura, Protocollo Az. Ospedaliera Universitaria Meyer Firenze, a cura di G, Bernini, A. Messeri 2003.
4. CHRISTENSEN J, FATCHETT D, *Promoting parental use of distraction and relaxation in pediatric oncology patients during invasive procedures*, *J Pediatr Oncol Nurs*. 2002 Jul-Aug;19(4):127-32.
5. BELIENI CV, CORDELLI DM, RAFFAELLI M, RICCI B, MORGESE G, BUONOCORE G, *Analgesic effect of watching TV during venipuncture*, *Arch dis Child*, 2006; 91: 1015-7.
6. BROOME ME, LILLIS PP, MCGAHEE TW, BATES T, *The use of distraction and imagery with children during painful procedure*, *Oncol Nurs Forum*. 1992 Apr;19(3):499-502.
7. AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO, *Guida all'uso dei farmaci, sulla base del British National Formulary* da www.guidausofarmaci.it.
8. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE *Guidelines Network, Safe sedation of children undergoing diagnostic and therapeutic proce-*

- dures, a national clinic guideline, Revised edition May 2004.
9. PAUT O, CALMEJANE C, DELORME J, LACROIX F, CAMBOULIVES J, *EMLA versus nitrous oxide for venous cannulation in children*, Anesth Analg. 2001 Sep;93(3):590-3.
 10. LUHMANN JD, SCHOOTMAN M, LUHMANN SJ, KENNEDY RM, *A randomized comparison of nitrous oxide plus hematoma block versus ketamine plus midazolam for emergency department forearm fracture reduction in children*. Pediatrics. 2006 Oct;118(4):e1078-86. Epub 2006 Sep.
 11. FAUROUX B, ONODY P, GALL O, TOURNIAIRE B, KOSCIELNY S, CLEMENT A., *The efficacy of premixed nitrous oxide and oxygen for fiberoptic bronchoscopy in pediatric patients: a randomized, double-blind, controlled study*. Chest. 2004 Jan;125(1):315-21.
 12. DR ANNEQUIN D, *Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) mise au point et actualisation*. Extrait des actes du colloque UNESCO 2002 «La douleur de l'enfant, quelles réponses ?», Paris, da www. pediadol.org.
 13. ANNEQUIN D, CARBAJAL R, CHAUVIN P, GALL O, TOURNIAIRE B, MURAT I, *Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures: A French survey*, Pediatrics. 2000 Apr;105(4):E47.
 14. CLEARY AG, RAMANAN AV, BAILDAM E, BIRCH A, SILLS JA, DAVIDSON JE, *Nitrous oxide analgesia during intra-articular injection for juvenile idiopathic arthritis*, Arch Dis Child. 2002 Jun;86(6):416-8.
 15. FRAMPTON A, BROWNE G J, LAM L T, COOPER M G, LANE L G, *Nurse administered relative analgesia using high concentration nitrous oxide to facilitate minor procedures in children in an emergency department*, Emerg Med J 2003 ;20 :410-413.
 16. O' SULLIVAN I, BENDER J, *Nitrous oxide in emergency medicine*, Emerg Med J 2003; 20:214-217.
 17. PEDIANI R, *Patient-administered inhalation of nitrous oxide and oxygen gas for procedural pain relief*, World Wide Wounds, Oct 2003 da www.worldwidewounds.com.
 18. Guideline Statement: Management of Procedure-related Pain in Children and Adolescents, Paediatrics & Child Health Division, The Royal Australasian College of Physicians 2005.
 19. HENNRRIKUS WL, SIMPSON RB, KLINGELBERGER CE, REIS MT, *Self-administered nitrous oxide analgesia for pediatric fracture reductions*. J Pediatr Orthop. 1994 Jul-Aug;14(4):538-42.
 20. HENDERSON JM, SPENCE DG, KOMOCAR LM, BONN GE, STENSTROM RJ, *Administration of nitrous oxide to pediatric patients provides analgesia for venous cannulation*, Anesthesiology, 1990 Feb;72(2):269-71.
 21. VETTER TR., *A comparison of EMLA cream versus nitrous oxide for pediatric venous cannulation*. J Clin Anesth. 1995 Sep; 7(6):486-90.
 22. HEE HI, GOY RW, NG AS, *Effective reduction of anxiety and pain during venous cannulation in children: a comparison of analgesic efficacy conferred by nitrous oxide, EMLA and combination*. Pediatr Anaesth, 2003 Mar;13(3):210-6.
 23. GALL O, ANNEQUIN D, RAVAUULT N, MURAT I. *Relative effectiveness of lignocaine-prilocaine emulsion and nitrous oxide inhalation for routine preoperative laboratory testing*. Paediatr Anaesth. 1999;9(4):305-10.
 24. MIAJED K, SADRAOUI A, BENSLAMA A, IDALI B, BENAGUIDA M, *Combination of Emla cream and nitrous oxide for venous cannulation in children*, Ann Fr Anesth Reanim. 1997; 16(5):488-91.
 25. IANNALFI A, BERNINI G, CAPRILLI S, LIPPI A, TUCCI F, MESSERI A, *Painful procedures in children with cancer: comparison of moderate sedation and general anesthesia for lumbar puncture and bone marrow aspiration*. Pediatr Blood Cancer, 2005 Dec; 45(7):933-8.
 26. STEEDMAN B, WATSON J, ALI S, SHIELDS ML, PATMORE RD, ALLSUP DJ. *Inhaled nitrous oxide (Entonox) as a short acting sedative during bone marrow examination*, Cli Lab Haematol, 2006 Oct;28(5):321-4.
 27. HARMON D, ROZARIO C, LOWE D, *Nitrous oxide/oxygen mixture and the prevention of pain during injection of propofol*; Eur J Anaesthesiol, 2003 Feb;20(2):158-61.
 28. GARCIA J, ROURE P, HAYEM C, DUPONT D. *Branchial endoscopy under local anesthesia and pain in children. The value of a nitrous oxide-oxygen combination*, Rev Mal Respir. 1998 Apr;15(2):179-83.
 29. PIETREMENT C, SALOMON R, MONCEAUX F, PETITJEAN C, NIAUDET P, *Analgesia with oxygen-nitrous oxide mixture during percutaneous renal biopsy in children* Arch Pediatr. 2001 Feb;8(2):145-9.
 30. BRUCE E, FRANCK L, HOWARD RF, *The efficacy of morphine and Entonox analgesia during chest drain removal in children*, Paediatr Anaesth. 2006 Mar;16(3):302-8.
 31. BAR-MEIR E, ZASLANSKY R, REGEV E, KEIDAN I, ORENSTEIN A, WINKLER E, *Nitrous oxide administered by the plastic surgeon for repair of facial lacerations in children in the emergency room*, Plast Reconstr Surg, 2006 Apr 15;117(5):1571-5.
 32. BURNEIT C, DIANA-ZERPA JA, NAHMAD MH, LANKAU CA, WEINBERGER M, MALVEZZI L, SMITH L, SHAPIRO T, THAYER K, *Nitrous oxide analgesia for minor pediatric surgical procedures: an effective alternative to conscious sedation?* J Pediatr Surg. 2004 Mar;39(3):495-9; discussion 495-9.
 33. VIC P, LAGUETTE D, BLONDIN G, BLAYO M, THIRION S, QUEINNEC C, LEW J, MEHU G, BROUSSINE L, *Utilization of an equimolar mixture of oxygen-nitrous oxide in a general pediatric ward*, Arch Pediatr. 1999 Aug;6(8):844-8.
 34. KANAGASUNDARAM SA, LANE LJ, CAVALLETTO BP, KENEALLY JP, COOPER MG *Efficacy and safety of nitrous oxide in alleviating pain and anxiety during painful procedures*. Arch Dis Child. 2001 Jun;84(6):492-5.
 35. PATERSON SA, TAHMASSEBI JF. *Paediatric dentistry in the new millennium: 3. Use of inhalation sedation in paediatric dentistry*. Dent Update. 2003 Sep;30(7):350-6,358.
 36. KENNEDY RM, LUHMANN JD, LUHMANN SJ, *Emergency department management of pain and anxiety related to orthopedic fracture care: a guide to analgesic techniques and procedural sedation in children*. Paediatr Drugs. 2004;6(1):11-31.
 37. EVANS JK, BUCKLEY SL, ALEXANDER AH, GILPIN AT, *Analgesia for the reduction of fractures in children: a comparison of nitrous oxide with intramuscular sedation*, J Pediatr Orthop. 1995 Jan-Feb;15(1):73-7.
 38. HENNRRIKUS WL; SHIN AY; KLINGELBERGER CE, *Self-administered nitrous oxide and Hematoma block for analgesia in the outpatient reduction of fracture in children*. J Bone Joint Surg Am, 1995 Mar; 77(3):335-9
 39. CARBAJAL R. *Analgesia using a (50/50) mixture of nitrous oxide/oxygen in children* Arch Pediatr. 1999 May;6(5):578-85.
 40. WILLIAMS V, RILEY A, RAYNER R, RICHARDSON K *Inhaled nitrous oxide during painful procedures: a satisfaction survey*. Paediatr Nurs. 2006 Oct;18(8):31-3.
 41. GALL O, ANNEQUIN D, BENOIT G, VAN GLABEKE E, VRANCEA F, MURAT I, *Adverse events of premixed nitrous oxide and oxygen for procedural sedation in children*, Lancet 2001;358:1514-15.
 42. GAMIS AS, KNAPP JF, GLENSKI JA, *Nitrous oxide analgesia in a pediatric emergency department*. Ann Emerg Med, 1989 Feb;18(2):177-81.
 43. FADDY S C, GARLICK S R, *A systematic review of the safety of analgesia with 50% nitrous oxide: can lay responders use analgesic gases in the prehospital setting?* Emerg Med J 2005; 22:901-906.
 44. MCKINNON KD, *Pre-hospital analgesia with nitrous oxide/oxygen*, Can Med Assoc J, 1981 Oct 15;125(8):836-40.
 45. DONEN N, TWEED WA, WHITE D, GUTTORMSON B, ENNS J, *Pre-hospital analgesia with Entonox*. Can Anaesth Soc J. 1982 May;29(3):275-9.
 46. STACH DJ, *Nitrous oxide sedation: understanding the benefits and risks*, Am J Dent. 1995 Feb;8(1):47-50.
 47. SWEENEY B, BINGHAM RM, AMOS RJ, PETTY AC, COLE PV, *Toxicity of bone marrow in dentists exposed to nitrous oxide*. Br Med J (Clin Res Ed). 1985 Aug 31;291(6495): 567-9.
 48. DONALDSON D, MEECHAN JG, *The hazards of chronic exposure to nitrous oxide: an update*. Br Dent J 1995;178(3):95-100.
 49. HOWARD WR., *Nitrous oxide in the dental environment: assessing the risk, reducing the exposure*, J Am Dent Assoc. 1997 Mar;128(3):356-60.
 50. HADZIC A, GLAB K, SANBORN KV, ET AL. *Severe neurological deficit after nitrous oxide anaesthesia*. Anaesthesiology 1995; 83:863-6.

51. ROSEN M., *Nitrous oxide for relief of labour pain: a systematic review*. Am J Obstet Gynecol 2002, 186(5) : S110-S12.
52. EGER EI 2ND., *Fetal injury and abortion associated with occupational exposure to inhaled anesthetics*, AANA J. 1991 Aug;59(4):309-12.
53. FINK BR, SHEPARD TH, BLANDAU RJ., *Teratogenic activity of nitrous oxide*. Nature. 1967 Apr 8;214(5084):146-8.
54. OLFERT SM., *Reproductive outcomes among dental personnel: a review of selected exposures*, J Can Dent Assoc. 2006 Nov;72(9):821-5.
55. AHLBORG G JR, AXELSSON G, BODIN L., *Shift work, nitrous oxide exposure and subfertility among Swedish midwives*. Int J Epidemiol. 1996 Aug;25(4):783-90.
56. SMITH DA., *Hazards of nitrous oxide exposure in healthcare personnel*, AANA J. 1998 Aug;66(4):390-3.
57. COHEN EN, GIFT HC, BROWN BW, GREENFIELD W, WU ML, JONES TW, WHITCHER CE, DRISCOLL EJ, BRODSKY JB: *Occupational disease in dentistry and chronic exposure to trace anesthetic gases*. J Am Dent Assoc 1980, 101, 21-31.
58. SHUHAIBER S, KOREN G., *Occupational exposure to inhaled anesthetic. Is it a concern for pregnant women?*, Can Fam Physician. 2000 Dec;46:2391-2.
59. ROWLAND AS, BAIRD DD, SHORE DL, WEINBERG CR, SAVITZ DA, WILCOX AJ., *Nitrous oxide and spontaneous abortion in female dental assistants*, Am J Epidemiol. 1995 Mar 15;141(6):531-8.
60. MAZZE RI, KALLEN B., *Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases*, Obstet Gynecol. 1991 Jun;77(6):835-40.
61. MAZZE RI, KALLEN B., *Reproductive outcome after anesthesia and operation during pregnancy: a registry study of 5405 cases*, Am J Obstet Gynecol. 1989 Nov;161(5): 1178-85.
62. YAGIELA JA, *Health hazards and nitrous oxide: a time for reappraisal*, Anesth Prog. 1991 Jan-Feb;38(1):1-11.
63. ZIER JL, DRAKE GJ, MCCORMICK PC, CLINCH KM, CORNFIELD DN, *Case-series of nurse-administered nitrous oxide for urinary catheterization in children*. Anesth Analg. 2007 Apr;104(4):876-9.
64. FRAMPTON A, BROWNE GJ, LAM LT, COOPER MG, LANE LG, *Nurse administered relative analgesia using high concentration nitrous oxide to facilitate minor procedures in children in an emergency department*. Emerg Med J. 2003 Sep;20(5):410-3.
65. SEALEY L., *Nurse administration of Entonox to manage pain in ward settings*. Nurs Times. 2002 Nov 12-18;98(46):28-9.

Abstract

In paediatrics, the prevention and control of procedural pain not only have to include an adequate analgesia, but have also to reduce the distress caused by fear. Fear increases the painful sensation and causes anticipatory anxiety for further procedures. It is of fundamental importance to pay particular attention to eliminate pain and fear from the very first painful experience of the child also during minor invasive procedures such as the drawing of a blood sample. Currently, there are various strategies available for nurses to reduce procedural pain, such as the local application of anaesthetic creams and non pharmacological techniques. The efficacy of these methods is widely proven but their application is often limited by their slow action (anaesthetic creams) or by the need of an adequate setting. Moreover none of the methods used so far combines both the analgesic and the anxiolytic effect to a rapid action. This review analyses the literature in regards to profiles of efficacy and safety of the use of nitrous oxide/oxygen 50% mixture in paediatrics for major and minor invasive procedures. Nitrous oxide/oxygen 50% mixture results to be effective and safe combining the analgesic and the anxiolytic effect with a rapid action and the handiness for routine clinical practice. These characteristics make this method the ideal tool for the prevention and control of procedural pain in children. The experience of many other countries shows that it can be routinely administered by specifically trained nurses, on the basis of medical prescription, according to internal protocols.

anarti@anarti.it

Patrizia Di Giacomo, D.ssa infermiere tutor e professore a.c. al C.d.L in Infermieristica Polo didattico scientifico di Rimini, Presidente Collegio IPASVI di Rimini,
Patrizia Leardini, infermiere clinico T.I. AUSL Rimini

Prevenire l'errore: gli strumenti

Implementazione delle linee guida per applicare indicazioni di provata efficacia, diminuire la difformità di comportamenti, diminuire la probabilità dell'errore, tutelare la sicurezza della persona assistita

*Il problema non è la conoscenza
ma saperla utilizzare
per raggiungere risultati*

La difesa della sicurezza del paziente richiede la messa in atto di azioni efficaci per la prevenzione degli eventi avversi e per il contenimento degli eventuali esiti. Il problema è così importante, in termini di costi e di tutela della salute, che molte regioni italiane, tra cui anche l'Emilia Romagna, hanno individuato, tra gli obiettivi prioritari del proprio Piano Sanitario, la diminuzione delle infezioni nell'ambito di un progetto di approccio integrato alla gestione del rischio, che è fra gli elementi caratterizzanti l'approccio del *governo clinico* dell'attività sanitaria.

Negli ultimi anni la sicurezza del paziente ha ricevuto una attenzione sempre crescente, generalmente focalizzata sull'epidemiologia degli errori e degli eventi avversi piuttosto che sulle pratiche che possono ridurre tali eventi. Oggi la promozione della sicurezza del paziente incorpora due approcci complementari: il primo prevede metodi qualitativi per anticipare l'errore, documentare gli incidenti critici e gestirli in maniera sistematica senza enfatizzare la colpa del singolo professionista, ma mettendo in atto strategie per la prevenzione del ripetersi di eventi simili (Cinotti, 2004); il secondo approccio prevede l'applicazione di pratiche di provata efficacia per ridurre alcuni dei rischi più frequenti nelle organizzazioni sanitarie (Shojania et al., 2001).

L'assistenza infermieristica in area critica è di natura specialistica ed è caratterizzata da elevata complessità assistenziale, dalla cospicua presenza di attività di monitoraggio e sorveglianza della persona in condizioni critiche, dalla presenza di attività assistenziali specifiche e da situazioni di urgenza/emergenza nell'attivazione delle attività assistenziali, in particolare quelle dirette ai bisogni di respirare e di mantenere la funzione cardiocircolatoria e quindi al mantenimento delle funzioni vitali.

Assicurare la respirazione in un contesto di area critica richiede una prestazione infermieristica complessa che presenta nel processo decisionale una serie svariata di alternative possibili, comportando una maggiore discrezionalità decisoria del professionista. I rischi sono maggiori sia per la persona assistita che per i professionisti ed esiste una elevata incertezza sul risultato; il risultato della prestazione è, peraltro, garantito da decisioni prese da diversi professionisti comportando quindi una notevole interdipendenza professionale. Nell'ambito della soddisfazione del bisogno di respirazione al paziente critico si utilizzano procedure diagnosticoterapeutiche ad elevato grado di invasività a cui consegue l'aumento del rischio di esposizione alle infezioni in pazienti che già di per se sono maggiormente suscettibili all'azione dei microrganismi patogeni a seguito della loro situazione clinica.

La polmonite associata alle cure sanitarie è causa di una elevata morbilità e mortalità; a tutt'oggi nella pratica assistenziale per la prevenzione delle pol-



EDITORIALE

pervenuto il 26/06/07
approvato il 30/09/07

Relazione presentata
al XXV Congresso Nazionale Aniarti
Genova 15, 16,17 Novembre 2006

moniti esistono comportamenti difforni e per molte pratiche non esistono sufficienti evidenze scientifiche o consenso sulla loro efficacia (tema irrisolto).

Un ruolo importante nell'approccio alla VAP è ricoperto dalla prevenzione; e diversi sono i comportamenti e gli interventi basati su prove di efficacia che possono essere adottati con l'obiettivo di prevenire questa importante complicanza infettiva. Basare i comportamenti nella pratica clinica su prove di efficacia, significa trasferire in modo appropriato e tempestivo i risultati più rilevanti che emergono dalla ricerca.

L'analisi del contesto è un passo fondamentale per introdurre cambiamenti finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale.

Ogni tentativo dovrebbe usare un approccio sistematico e derivare da una pianificazione strategica²; qualsiasi implementazione richiede pertanto di analizzare quali tipi di cambiamento sono richiesti [conoscenze, abilità, comportamenti, organizzazione, risorse umane/culturali/materiali]. Dovrà includere un piano di monitoraggio, di valutazione e di mantenimento del cambiamento attraverso l'individuazione di indicatori specifici.

A tale scopo si sviluppa un progetto di implementazione di linee guida per la prevenzione delle VAP che deve essere necessariamente supportato dall'organizzazione aziendale e che adotta come modello di lavoro quello proposto dal Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze (GIMBE).

Viene descritto sinteticamente il metodo di lavoro, in quanto l'introduzione di una Lg prevede un percorso con delle fasi ben precise (tabella 1) e

viene poi descritto il progetto di implementazione.

Implementazione dei risultati della ricerca nella pratica clinica: proposta di progetto

Scopi e obiettivi

L'adattamento, la disseminazione e l'implementazione di queste linee guida mirano non solo a ridurre la variabilità dei comportamenti e delle strategie adottate nelle terapie intensive di una Azienda Usl, ma dare indicazioni di provata efficacia, con la finalità di ridurre l'insorgere di questa importante complicanza infettiva.

Nel percorso di implementazione³ sono state utilizzate le indicazioni del GIMBE.

Materiali e metodi

L'area ospedaliera in cui si è deciso di adattare e implementare la linea guida è quella delle terapie intensive per adulti. È stata svolta una indagine conoscitiva sui comportamenti adottati dal personale infermieristico verso la prevenzione delle VAP.

Definizione del gruppo di lavoro multidisciplinare: costituzione Glam

Il gruppo lavoro multidisciplinare deve comprendere rappresentanti di tutti coloro sui quali la linea guida ha qualche influenza.

Ricerca delle linee Guida (Finding)

È stata svolta poi una ricerca bibliografica per individuare linee guida (LG) con oggetto la *prevenzione della polmonite associata a ventilatore*.

Sono state reperite due Linee Guida pertinenti:

- Hess DR, Kallstrom TJ, Mottram CD, Myers TR, Sorenson HM, Vines DL for AARC. *Care of the ventilator circuit and its relation to ventilator-associated pneumonia*. *Respir Care* 2003;48(9):869-879.
- Dodek P, Keenan S, Cook D, Heyland D, Jacka M, et al. for the Canadian Critical Care Trials Group and Canadian Critical Care Society. *Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia*. *Ann Intern Med* 2004;141:305-313.

Le Lg sono state valutate secondo i criteri di Grilli e quella più rispondente è la seconda, che viene valutata tramite l'Agree.

Integrazione delle linee guida (Integrating)

Per valutare l'attualità e la completezza della linea guida selezionata, viene svolta una ricerca bibliografica per coprire eventuali gap temporali e di contenuto che non portano ad integrazioni al testo originale della LG.

La linea guida, come descritto nelle strategie di adattamento (non presenti nell'abstract) viene adattata in base all'analisi del contesto derivante dall'indagine conoscitiva svolta.

Aggiornamento delle linee guida (Updating)

Il termine di aggiornamento della linea guida prodotta dalla *Canadian Critical Care Society* viene fissato a due anni dalla data di pubblicazione.

L'aggiornamento sarà condotto dall'esperto EBN/EBM entro la fine del mese di dicembre del 2006.

Dissemination (Dissemination)

Questa fase del processo verrà realizzata attraverso:

- 1) *Invio di una copia della LG tramite e-mail a tutto il personale coinvolto.*
- 2) *Presentazione della LG in plenaria,*
- 3) *Distribuzione ai partecipanti di una copia cartacea della Linea Guida ed un CD.*

Tabella 1. Il percorso e gli step

Fase	Attività
1. Definizione delle priorità	Aree assistenziali oggetto dell'elaborazione/applicazione di Lg
2. Costituzione del GLAM	Gruppo di lavoro multidisciplinare
3. Faiu	Ricerca, valutazione critica, integrazione, adattamento locale e pianificazione dell'aggiornamento delle Lg
4. Die	Diffusione, implementazione e valutazione delle Lg

4) Pubblicazione nella rete Intranet Aziendale della LG.

Implementazione (Implementation)

Questa fase verrà realizzata attraverso:

- *Implementazione sperimentale in una Terapia Intensiva con l'obiettivo di individuare eventuali ostacoli all'adozione delle raccomandazioni.*
- *Workshop su casi clinici da effettuare dopo 2 mesi di sperimentazione, condotto da componenti del GLAM a piccoli gruppi nell'U.O. coinvolta per valutare ostacoli/problematice.*
- *Applicazione dei correttivi e ulteriore verifica a 2 mesi.*
- *Implementazione delle raccomandazioni in tutte le U.O. di terapia intensiva per adulti*
- *Realizzazione e distribuzione di Reminder in A4 da mettere vicino al respiratore e di Quick Reference tascabili.*

Valutazione (Evaluation)

Per valutare l'applicazione delle raccomandazioni contenute nella LG, il GLAM decide di pianificare:

- 1) *indagine conoscitiva in tutte le T.I. per adulti (Rianimazione, UTIC), prima dell'implementazione delle raccomandazioni della LG, utilizzando la documentazione clinica, con l'obiettivo di descrivere la situazione attuale di tutte le unità operative coinvolte e di valutare quanto la pratica clinica attuale si discosta dalle raccomandazioni contenute nella LG;*
- 2) *valutazione della fase sperimentale;*
- 3) *valutazione a 6 mesi e a 1 anno dall'implementazione della LG, da iniziare subito attraverso l'analisi della documentazione clinica e di apposite schede di monitoraggio.*

Tutte le fasi della valutazione saranno realizzate attraverso audit clinico.

L'Audit Clinico

Per misurare e valutare l'efficacia della disseminazione e dell'implementazione delle raccomandazioni contenute nella LG di riferimento, il gruppo ha definito indicatori e target sui quali impostare l'audit clinico (non presenti nell'abstract).

Per alcuni di questi indicatori è stato necessario creare una scheda di monitoraggio comune a tutte le unità operative coinvolte.

È previsto inoltre l'audit per la valutazione dell'adesione degli operatori, mediante strutturazione di giornate di osservazione del comportamento relativo alla reale attuazione delle pratiche assistenziali oggetto delle raccomandazioni.

Rispetto all'applicazione complessiva delle Lg è necessario anche monitorare gli indicatori di esito clinico (tasso standardizzato di VAP in pazienti ventilati oltre 72 ore; tutti i pazienti ventilati oltre 72 ore) nel lungo periodo. In base ai risultati del monitoraggio se necessario, saranno messe in essere azioni correttive.

L'assistenza infermieristica offre un servizio specifico alla persona e alla comunità, attraverso un'assistenza "complessa": "...che richiede, da parte dell'infermiere un giudizio autonomo, decisioni ponderate basate sulla conoscenza del proprio lavoro e sulle informazioni che possiede, e inoltre doti di creatività e iniziativa". In particolare l'assistenza infermieristica in area critica è caratterizzata da cospicua presenza di attività di monitoraggio e sorveglianza della persona in condizioni critiche e si utilizzano procedure diagnostico-terapeutiche ad elevato grado di invasività a cui consegue l'aumento del rischio di esposizione alle infezioni in pazienti che già di per se sono maggiormente suscettibili all'azione dei microrganismi patogeni a seguito della loro situazione clinica.

La risposta ai bisogni di assistenza infermieristica in area critica, attraverso prestazioni infermieristiche efficaci richiede un approccio personalizzato, unico e continuativo nel tempo e l'utilizzo dei migliori risultati della ricerca scientifica.

L'elaborazione e l'implementazione di linee guida, protocolli e procedure permette di:

- standardizzare il quadro di riferimento entro cui il professionista eroga assistenza, pur mantenendo un elevato livello di discrezionalità decisoria;
- condividere e integrare, le conoscenze con gli altri professionisti ;
- sviluppare processi condivisi di prese di decisioni per rispondere alla complessità della persona assistita.

Bibliografia (sintesi)

1. Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna (2004), *Rischio e Sicurezza in Sanità. Atti del Convegno Bologna, 29 Novembre*. Sussidi per la gestione del rischio 3. Collana Dossier 109, , 2005 data accesso 21 febbraio 2006 asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr.
2. Agenzia Sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna (2005) *Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Ospedaliere in Terapia Intensiva, Indagine Conoscitiva in Emilia-Romagna*. Collana Dossier 104. data accesso 21 febbraio 2006 asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr.
3. American College of Chest Physicians, American Association for Respiratory Care, American College of Critical Care Medicine, (2002) *Evidence-Based Guidelines for Weaning and Discontinuing ventilatory support*, Respiratory Care; 47(1):69-90
4. American Thoracic Society. (2005) *Guidelines for the management of adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia*. Am J Respir Crit Care Med; 171:388-461.
5. BALLINI L. LIBERATI A., (2004) *Linee-guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione*, Roma Il Pensiero Scientifico Editore,
6. BOOTS RJ, GEORGE N, FAOAGALI JL, DRUERY J, DEAN K, HELLER RF., (2006) *Double-heater-wire circuits and heat-and-moisture exchangers and the risk of ventilator-associated pneumonia*. Crit Care Med. Mar;34(3):687-93. medline accesso il 19/10/2006
7. CARTABELLOTTA A. (2000) *Dalla ricerca alla pratica clinica Il ruolo dei modelli multidimensionali* Il Sole 24 Ore Sanità Management 5, pag 31-32
8. CARTABELLOTTA A, POTENA A. (2001) *La Guideline entra in azienda*. Il Sole 24 Ore: Sanità & Management ; Aprile:35-41
9. Cinotti R., (2004) *La Gestione del Rischio nelle Organizzazioni Sanitarie*. Roma Il Pensiero Scientifico Editore.
9. CMA (2004) *Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia*. *Annals of Internal medicine*, August; Vol 141:305-313 Number 4, 17
10. DAVIS K JR, EVANS SL, CAMPBELL RS, JOHANNIGMAN JA, LUCHETTE FA, POREMBKA DT, et al. (2000) *Prolonged use of heat and moisture exchangers does not affect device efficiency or frequency rate of nosocomial pneumonia*. Crit Care Med.; 28:1412-8.
11. DEZFULIAN C, SHOJANIA K, COLLARD HR, KIM HM, MATTHAY MA, SAINT S. (2005) *Subglottic secretion drainage for preventing ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis*. Am J Med. Jan;118(1): 11-8. Review. medline accesso il 19/10/2006
12. DI GIACOMO P, *La prevenzione delle pol-*

- moniti associate alla ventilazione assistita (VAP) in terapia intensiva: progetto di implementazione di linee guida tesi di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e ostetriche a.a.2005-06, Università Cattolica Roma
13. DODEK P, KEENAN S, COOK D, HEYLAND D, JACKA M, et al. for the Canadian Critical Care Trials Group and Canadian Critical Care Society. (2004) *Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia*. Ann Intern Med ;141:305-313.
 14. DREYFUSS D, DJEDAINI K, GROS I, MIER L, LE BOURDELLES G, COHEN Y, et al. (1995) *Mechanical ventilation with heated humidifiers or heat and moisture exchangers: effects on patient colonization and incidence of nosocomial pneumonia*. Am J Respir Crit Care Med.;151:986-92.
 15. FOURRIER F, DUBOIS D, PRONNIER P, HERBECQ P, LEROY O, e al.; PIRAD(2005) *Study Group.-Effect of gingival and dental plaque antiseptic decontamination on nosocomial infections acquired in the intensive care unit: a double-blind placebo-controlled multicenter study*. Crit Care Med. Aug;33, 8medline accesso il 19/10/2006
 16. HESS DR, KALLSTROM TJ, MOTTRAM CD, MYERS TR, SORENSON HM, VINES DL for AARC. (2003) *Care of the ventilator circuit and its relation to ventilator-associated pneumonia*. Respir Care ;48(9):869-879.
 17. KOLA A, ECKMANNS T, GASTMEIER P. (2005) *Efficacy of heat and moisture exchangers in preventing ventilator-associated pneumonia: meta-analysis of randomized controlled trials*. Intensive Care Med. Jan;31(1):5-11. Epub 2004 Sep 11. Review. medline accesso il 19/10/2006
 18. LOMAS J., HAYNES.,(1998) *A taxonomy and critical review of tested strategies of the application of clinical practice recommendations: from "official" to "individual clinical policy"*. Am J Prev Med ; 2: 77-94
 19. LORENTE L, LECUONA M, GALVAN R, RAMOS MJ, MORA ML, SIERRA A. (2004) *Periodically changing ventilator circuits is not necessary to prevent ventilator-associated pneumonia when a heat and moisture exchanger is used*. Infect Control Hosp Epidemiol. Dec; 25(12):1077-82. medline accesso il 19/10/2006
 20. LORENTE L, LECUONA M, MARTIN ,GARCIA C, MORA ML, SIERRA A. (2005) *Ventilator-associated pneumonia using a closet versus an open tracheal suction system*. Crit.Care Med. Jan;33(1):115-9
 21. MEMISH ZA, ONI GA, DJAZMATI W, CUNNINGHAM G, MAH MW. *A randomized clinical trial to compare the effects of a heat and moisture exchanger with a heated humidifying system on the occurrence rate of ventilator-associated pneumonia*. Am J Infect Control. 2001;29:301-5.
 22. National Center for Infection Diseases *Linee guida per la prevenzione delle polmoniti associate alle cure sanitarie*, 2003, trad a cura di Orientamenti Anipio marzo-aprile 2004,9-10;5-31
 23. Programma Nazionale Linee Guida. (2002). *Manuale metodologico, Come produrre, diffondere ed aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica*, Appendice 2, Maggio 2002 (aggiornamento Maggio 2004). Da <http://www.pnlg.it> (02 Agosto 2004).
 24. Scottish Intercollegiate Guideline Network, SIGN 50: *A guideline developers' handbook*. Da <http://www.sign.ac.uk>
 25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *SIGN Guidelines-an introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines* n. 39. Edinburgh: SIGN publication. 1999.
 26. THOMACHOT L, LEONE M, RAZZOUK K, ANTONINI F, VIALET R, MARTIN C. (2002) *Randomized clinical trial of extended use of a hydrophobic condenser humidifier: 1 vs. 7 days*. Crit Care Med. ;30:232-7
 27. TOPELI A., HARMANCI A., CETINKAYA Y., AKDENIZ S, UNAL S. (2004) *Comparison of the effect of closed versus open endotracheal suction systems on the development of ventilator-associated pneumonia*, Journal of Hospital Infection 58,14-19 Elsevier editor
 28. VAN NIEUWENHOVEN CA, VANDENBROUCKE-GRAULS C, VAN TIEL FH, JOORE HC, VAN SCHIJNDEL RJ, VAN DER TWEEL I, RAMSAY G, BONTEN MJ. (2006) *Feasibility and effects of the semirecumbent position to prevent ventilator-associated pneumonia: a randomized study*. Crit Care Med. 2006 Feb;34(2):396-402. medline accesso il 19/10/2006
 29. VINCENT J.L.(2004) *Ventilator-associated pneumonia* Journal of Hospital Infection, 57,272-280, Elsevier editor
 30. VINCENT JL, BINARI DJ, SUTER PM, BRUINING HA, WHITE J, NICOLAS-CHANOIN MH, WOLFF M, SPENCER RC, HEMMER M, for the EPIC International Advisory Committee (1995). *Prevalence of nosocomial Infection In Intensive Care (EPIC) study*. JAMA; 247:639-644.
 31. YOUNG PJ, PAKKERATHAN S, BLUNT MC, SUBRAMANYA S. (2006) *-A low-volume, low-pressure tracheal tube cuff reduces pulmonary aspiration*. Crit Care Med. Mar;34(3):632-9. medline accesso il 19/10/2006
 32. ZEITOUN SS, DE BARROS AL, DICINI S, JULIANO Y. (2006) *Incidence of ventilator-associated pneumonia in patients using open-suction systems and closed-suction systems: a prospective study—preliminary data*. Rev Lat Am Enfermagem. 2001;9:46-52.

Note

1. Rischio e Sicurezza in Sanità. Atti del Convegno Bologna, 29 Novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Collana Dossier 109, Agenzia Sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2005
2. Thomas MA., Oxaman AD., Davis DA., Haynes RB., Freemantle N., Harvey EL. *Audit and feedback to improve health professional practice and health care outcomes*. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software
3. modificato da prodotto finale attività didattica corso di formazione EBN di secondo livello GIMBE Bologna 2005-(gruppo di lavoro Angeloni G., Brandi A, Di Giacomo P., Dionisi A., Farinella P., Leadini P. Mezzadrelli G. Poli Z, Polloni K.

Pio Lattarullo, Infermiere, DAI - Dottore Magistrale, Sistema per l'Emergenza Territoriale 118, Azienda Sanitaria Locale - Taranto
Elio Drigo, Infermiere Coordinatore, Az. n° 4 "Medio Friuli" - Udine

Le voci di... fuori

Abstract

L'informazione riveste una notevole importanza nella costruzione o nella deformazione di un'idea riguardante l'assistenza sanitaria.

Avere un'idea per quanto possibile aderente alla realtà, è la premessa ineludibile per valutare fatti e situazioni e per scegliere con consapevolezza.

Questo è tanto più importante quanto maggiore è l'incidenza di fatti e situazioni non a caso, l'assistenza sanitaria rappresenta un elemento determinante per una società che aspiri ad un certo equilibrio ed armonia propri.

Intendiamo anche significare il fatto che il modo d'intendere quel senso di vicinanza che rappresenta il nucleo concettuale attraverso cui si estrinsecano storia e filosofia dell'assistenza prima e dell'assistenza infermieristica poi, non sono entrati ancora a far parte del sentire comune di gran parte dei componenti la società occidentale; prova ne è il fatto che il parere dell'infermiere non viene quasi mai preso in considerazione, men che meno dagli organi d'informazione.

Parole chiave: *Informazione, Trasparenza dell'attività sanitaria, Assistenza infermieristica, Società responsabile.*

La vita e la morte

“**C**on la vita e con la morte non si scherza. E ci sono argomenti che vanno

trattati con estrema cautela, perché sono in gioco la sofferenza, il dolore, la speranza, la disperazione”¹.

Dolore e sofferenza accompagnano purtroppo l'esistenza dell'uomo, ma speranza e disperazione rispetto a vita e a morte sono concetti che sono entrati a far parte del linguaggio e del *modus vivendi* caratteristici del nostro tempo.

È difficile contraddire la visione espressa da Ivan Illich secondo cui: *In ogni società, l'immagine dominante della morte determina l'idea prevalente della salute*². È necessario comunque riservarsi la dovuta cautela con la quale accogliere la radicalizzazione delle conclusioni a cui porta il suo pensiero. La visione di quello che un tempo veniva considerato il *mistero della vita* è stata completamente stravolta dall'iperbole tecnologica che contrassegna le nostre vite, e così vale anche per la morte.

Basterebbe esplorare gli scritti di Philippe Aries per rendersi conto di come la morte, che oggi rappresenta uno scandalo ed un tabù di cui non si

può e non si deve parlare, per gli appartenenti alla nostra progenie era soltanto vissuta come la logica conclusione di un ciclo.

In maniera molto più empirica, basterebbe riaprire vecchi cassette della memoria per ricordare i racconti di nonni o bisnonni per rendersi conto di quanto essi fossero rassegnati nell'accettare l'ineluttabilità del fato, o a seconda del credo professato, la volontà del creatore.

L'epoca moderna ha recato con sé, assieme alla rivoluzione scientifica ed ideologica, una mole di domande che si susseguono ad un ritmo frenetico: com'è possibile ancora morire? con tutte le scoperte (illusioni/disillusioni) che la medicina ha fatto, non si poteva tentare null'altro?

La riflessione su queste tematiche non è, affatto nuova; ne citiamo un esempio: *“Par proprio che gli uomini non conoscano bene le loro forze e le loro ricchezze, perché ritengono di avere ricchezze superiori e forza inferiori al vero. Da ciò consegue che essi, attribuendo alle arti accolte un peso irragionevole, non cerchino altro, oppure umiliando più del giusto le loro possibilità, le consumino in cose futili, senza mai cimentarle in questioni d'importanza”*³. Affermazione importante quest'ultima che non fa altro che corroborare la con-

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 26/09/07
approvato il 30/09/07

siderazione dell'incapacità, da parte dell'uomo, di accettare quel *limite* sul cui significato Daniel Callahan ha dedicato la sua vita scientifica.

Il bioeticista americano riconosce, pur ridimensionandoli, i benefici che le scoperte della medicina occidentale hanno prodotto, ma al contempo, sottolinea la necessità di scoprire e dare un nome ed un volto agli scopi della medicina.

Se lo scopo è quello di prolungare oltre modo la vita, anche quando questa non è più vita, l'obiettivo non si può che dichiarare mai raggiunto, oltre che ingiustificato e distruttivo dal punto di vista della sostenibilità economica.

*"Quando auspico una medicina sostenibile, penso a una medicina che impari a smettere di crescere consumando quantità sempre maggiori di risorse, che identifichi scopi finiti e che sappia fermarsi non appena li abbia conseguiti"*⁴.

Da qui nascono un'altra serie di domande inevitabili: chi insegna a medici ed infermieri che l'onnipotenza è soltanto un mito e che le ricadute di scelte terapeutiche non possono essere accreditate alla medicina difensiva e provocano soltanto più danni che benefici?

Si perpetua in siffatto modo, lo stravolgimento del mito di *Cura*, che secondo quanto tramandato dal mitografo latino Igino⁵, tiene insieme l'uomo dal momento della sua nascita a quello della morte.

Nell'epoca post-moderna, uno dei punti cardine è la considerazione del cittadino - cliente - utente - persona assistita come soggetto del profilo di cura ed il non rivolgergli una corretta informazione che lo renda capace di pesare rischi/benefici di un'azione diagnostica, terapeutica od assistenziale (particolarmente in certe situazioni) facilita l'oggettivazione di un rapporto nel quale l'informazione acquisisce, di fatto, un ruolo di secondo piano.

Il silenzio... non è d'oro

Gli infermieri, partendo dalla loro esperienza quotidiana, generalmente rilevano una notevole discrepanza tra le caratteristiche dell'informazione e la realtà dei fatti, così come si svolgono e come sono vissuti nei contesti in cui viene agita l'assistenza per la salute.

Rilevano che vi è una limitatezza o una mancanza di informazioni; una porzio-

ne distorta o erronea delle informazioni. Rilevano che le informazioni vengono attinte quasi esclusivamente in alcuni settori molto limitati dell'assistenza sanitaria, quello medico *in primis* e quello scientifico-tecnologico, che non sono certo esaustivi della realtà e dell'assistenza sanitaria.

Osservano, gli infermieri, il fatto che, a motivo della inadeguatezza dell'informazione, la conoscenza dei cittadini *comuni* dei servizi e delle caratteristiche dell'attività sanitaria è spesso eccessivamente superficiale, insufficiente e a volte, molto deformata, con la conseguente induzione di aspettative assolutamente irrealistiche.

A volte sulla base di informazioni sbagliate si verificano conflittualità sia con gli operatori che con le istituzioni.

A volte le scelte di responsabilità generale rispetto alla sanità sono distorte dalla paura dell'impopolarità.

Quale può essere l'origine di una tale inadeguatezza delle informazioni specifiche?

Certamente, contribuisce il permanere della tradizionale esclusività delle conoscenze a carattere medico, in passato difese ad esclusivo vantaggio dalla categoria anche adottando un linguaggio per iniziati. Ne è derivata una vera separatezza sociale, ricca di conoscenze ritenute inaccessibili, pertanto demandate e avvolte nel misterioso...

Il "*medichese*" rappresenta da tempo la massima espressione della demagogia concettuale attraverso cui far convergere allo stesso tempo un'espressione di esclusività (soltanto io sono depositario del giusto sapere) e la capacità di evitare la risposta a domande quasi *fastidiose*, come se in tal modo si eludessero i problemi.

Tutto ciò non fa altro che evitare un altro fenomeno tipico del nostro tempo: il familiare, l'amico, nel tentativo di ridurre il divario creato dalla conoscenza, prova ad informarsi sulla patologia, non di rado rivolgendosi ad Internet (bocca della verità/falsità del terzo millennio) e ne esce con una mole imponente di informazioni che sovente riescono a confondere, ove fosse ancora possibile, quelle idee delle quali è in possesso.

La natura dei problemi trattati dalla medicina come l'intervento sul corpo, l'averne a che fare con le decisioni sulla

vita ed i problemi del morire, la necessaria commistione ed integrazione di conoscenze, scienze, abilità, filosofia, credenze religiose e contesti socio-culturali, hanno reso, particolarmente delicato (pensiamo alle idee di corpo, generazione, malattia, morte...) il rapporto con questi temi e complessa la possibilità di una diffusa comunicazione.

La conseguenza, ovvia, è stata di mantenersi a rispettosa distanza da parte dei cittadini in genere ed anche degli operatori dall'informazione. Questi ultimi, hanno invece trasformato ciascuna porzione di informazione in una opportunità per annunciare costantemente la rivelazione di notizie particolarmente preziose e, inevitabilmente, meravigliose, anche nei casi in cui l'oggettività dei fatti era modesta, resa invece straordinaria da un uso astuto di termini ed espressioni criptiche quanto vacue (es: che cosa significa la diagnosi: *ipertensione essenziale?* se non la dichiarazione netta dell'ignoranza della medicina in fatto di quella manifestazione? ...ma fatta con parole altisonanti, questa ignoranza diventa una manifestazione di supposta sapienza... Un comportamento che, oggi, potremmo finalmente deciderci a definire meschino...).

Inoltre, una parte soltanto delle informazioni sull'assistenza sanitaria in genere, sono fornite direttamente dagli operatori sanitari: molte sono raccolte qua e là da coloro che poi le diffondono.

Le difficoltà ed i problemi generati dalla carenza, limitatezza e/o erronea informazione da parte degli operatori e delle strutture sanitarie verso l'esterno, nelle situazioni di assistenza ai malati in criticità vitale, particolarmente in caso di necessità di decisioni di fine-vita, di interventi continui e fortemente invasivi, di implicita sofferenza, di limitazione della autonomia personale ecc... sono difficoltà e problemi che hanno conseguenze a volte catastrofiche sul sentire delle persone e delle comunità.

Poniamoci alcune domande sulle modalità con cui i mass-media di fatto diffondono le informazioni su questi argomenti:

su quali presupposti si fondano tali informazioni? Perché *devono avere* sono costrette ad avere tanto appeal? Perché *hanno* tanto appeal? Qual è la potenza degli strumenti di diffusione di massa? Chi fa informazione su questi temi, chi viene interpellato come *esper-*

to; e per quali motivi qualcun altro invece non viene mai interpellato? Che ruolo ha la cultura e l'ignoranza in tutto questo? ...

È raro poter osservare nei resoconti giornalistici, tanto televisivi quanto della carta stampata, la descrizione di fatti che attengono a vicende sanitarie particolarmente delicate, che non contengano *mezze verità* o toni enfatici usati con secondi fini.

Volendo esemplificare la cosa, basti pensare alla differenza sostanziale e non meramente formale nell'utilizzo dei termini riferiti ad episodi di iatrogenia tra i paesi del Regno Unito e l'Italia. Mentre nel primo caso, viene utilizzato il termine *clinical negligence*, da noi è d'uso comune parlare di *malasanità*.

Riflessioni per il cambiamento

Quali sono i motivi per cui vale la pena di affrontare questo argomento e cercare degli orientamenti per indurre un cambiamento nella prassi di tutti?

Le conseguenze di una informazione e di una comunicazione inadeguate sono estremamente negative per molte ragioni:

- le condizioni di vita dei malati ricoverati (soprattutto le sofferenze, la loro dimensione e la portata che hanno nello sviluppo di una concezione della vita e del processo del morire calate nella realtà di oggi in questa società);
- le caratteristiche dell'idea di sistema per la salute di una comunità;
- l'assunzione di responsabilità o la deresponsabilizzazione rispetto alla propria salute e alla propria vita;
- le tipologie di relazioni tra professionisti, istituzioni e cittadini;
- la tendenza a vedere negli altri (gli operatori) la causa di qualunque conseguenza che non sia il ritorno alla perfezione fisica (anche se ovviamente impossibile) dopo o da una malattia.

E che ruolo hanno gli infermieri per far cambiare questo modo attuale di operare del sistema dell'informazione?

Quali proposte realistiche e realizzabili fin da subito, si possono avanzare per la società più in generale e per gli infermieri?

Gli infermieri non parlano perché innanzitutto hanno scarsissimo accesso agli strumenti di comunicazione, ma anche perché non riescono a percepire

l'importanza della comunicazione della loro esperienza alla società, nelle sue varie articolazioni.

Non viene inoltre ancora concepito quell'aspetto della responsabilità del professionista singolo e della professione nel suo insieme, che lo porta inevitabilmente a restituire alle dinamiche socio-politiche le maturazioni accumulate dalla vicinanza alle situazioni di vita, sofferenza, limite, morte delle persone nel corso della loro vita.

Si tratta di una porzione non secondaria della responsabilità, che non va disattesa. Dovremmo tutti assumerla e trovare gli strumenti per renderla attiva.

La sua carenza procura un limite altrimenti incalcolabile nella conoscenza dei fenomeni e conseguentemente una sicura menomazione per la individuazione delle soluzioni praticabili.

La possibilità di sviluppare ricerca infermieristica certo avrebbe un ruolo importante nelle possibilità di comunicazione degli infermieri. Potrebbe fornire informazioni sistematiche e provate in un campo difficilmente catalogabile come quello dell'assistenza infermieristica.

Attenuare l'incertezza: mandato per lo sviluppo professionale

Rischio ed incertezza sono indiscutibilmente *da sempre* presenti nella vita dell'uomo. Nella storia della vita quotidiana nella Francia medievale, lo storico Roberto Muchembled⁶, descrive un mondo nel quale la sopravvivenza degli uomini è costantemente minata da pericoli incombenti, quali fame, freddo, epidemie, guerre e pestilenze.

Volendo ragionare per analogie potremmo asserire, senza particolare tema di smentita, che la situazione descritta non è molto dissimile da quella vissuta ai giorni nostri. In molte zone, si muore per quel tozzo di pane che a volte gettiamo con cinismo nel cassonetto; si muore di freddo, si muore per l'indifferenza della società che *condanna a morte* in senso lato (e non di rado reale) i diseredati o continua a comminare condanne a morte credendo di aver trovato la panacea ai mali della società; guerre e guerriglie sono all'ordine del giorno, e da ultimo, aleggia costantemente un nemico invisibile, il terrorismo.

Questa miscellanea di fattori comporta incertezza, così come incertezza provocano le nuove metodologie della medicina che non di rado incutono paura.

L'infermiere può far fronte alle situazioni di incertezza?

Pensiamo che uno dei punti di forza con cui l'Infermiere può esprimere la sua competenza risieda nel gesto. La competenza cresce attraverso un duro ed accidentato percorso, viaggia secondo la splendida cornice teorica di Afaf Meleis dallo stadio della pratica (e quanti purtroppo credono ancora che l'infermiere debba essere soltanto un praticone o tutt'al più un collaboratore...) a quello della filosofia in cui esprime sé stesso attraverso il gesto, riscatandosi da un'identità ritagliata sulla scorta delle altrui esigenze⁷.

"Il gesto è *luogo di senso* sia per chi lo effettua e sia per chi lo riceve. I gesti di assistenza infermieristica dicono la dignità della persona che abbiamo preso in carico e danno significato al concetto di alterità.

Ma il gesto fa nascere dignità anche in chi lo effettua e non solo a chi lo contempla ricevendolo"⁸.

Meleis nella prefazione alla quarta edizione di *Theoretical Nursing*⁹, sente la necessità di rivedere la cornice concettuale del nursing alla luce degli accadimenti dell'11 settembre, della situazione afgana ed irachena, delle devastanti conseguenze del proliferare del virus HIV e da molte altre situazioni che rendono difficile un approccio di cure/care e che richiedono all'infermiere nuovi sforzi in termini di miglioramento ed approfondimento del proprio specifico professionale.

Ciò significa che la professione infermieristica deve sviluppare strategie che possano contribuire a ridurre l'incertezza negli ambiti di confine nei quali ci troviamo ad operare.

"Si tratta di far emergere tutta quella parte di interpretazione ed elaborazione esperta ed esclusiva, che la funzione di assistere con le proprie conoscenze e competenze necessariamente genera. Non è poco. Ci riferiamo a quella interpretazione/elaborazione esperta ed esclusiva che genera conoscenza e competenza, capacità di leggere le vite, capacità di dare risposte silenziose spesso efficaci a quelle sofferenze che sono non solo dolore fisico. Anche questo è lavorare"¹⁰

Giovanni Jervis afferma che *“la nostra mente funziona in modo molto meno logico e razionale di quanto pensiamo, perché il nostro modo di ragionare segue canali che controlliamo molto meno di quanto immaginiamo”*¹¹. La logicità è rigorosamente antitetica con le situazioni d'incertezza ed imbriglia matasse non sempre semplici da dipanare. A noi, il compito di cercare il bandolo.

*“L'anno scorso morii di questo tempo”
L'incertezza è più ostile della morte.
La morte anche se più vasta,
è soltanto la morte e non può crescere.
La morte è una e vien solo una volta,
e solo inchioda gli occhi...”*
Emily Dickinson¹²

Bibliografia

1. PESSINA A. *Scelte di confine in medicina*: Milano: Vita e Pensiero, 2004, pag. 7;
2. ILLICH I. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Boroli, 2005, pag.184;
3. BACONE F. *Uomo e natura, La grande instaurazione* (1620). in Bacone F. *Vita, pensiero, opere scelte* (a cura di Massarenti A.) Milano: Il Sole 24 Ore, 2007, pag. 478;
4. CALLAHAN D. *La medicina impossibile*. Milano: Baldini e Castoldi, 2000, pag. 16;
5. SPINSANTI S. *Appunti dalle lezioni di Bioetica Sistemica*. Corso di Perfezionamento in Bioetica per la Professione Infermieristica. Istituto Giano, Roma. A. A. 2000/2001;
6. LUPTON D. *Il rischio. Percezione, simboli, culture* Bologna: Il Mulino, 2003;
7. LATTARULO P. – TRAMONTANO A. *Analisi della competenza infermieristica – Proposta di un modello valutativo* – Tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche – Università degli Studi di Roma Tor Vergata (A. A. 2005 – 2006);
8. MANZONI E. *Appunti personali sulla competenza infermieristica* 2007;
9. MELEIS A. I. *Theoretical Nursing – Development e Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007;
10. DRIGO E. *Quel filo di speranza tra eutanasia e umanizzazione*. Scenario, 2006; 23 (3): 3
11. JERVIS G. (intervista di Sica L.) - *Se la fede nasce dal dolore*. Repubblica, 15.5.2007;
12. Dickinson E. *Tutte le poesie*. Milano: Mondadori, 2006.

Abstract

In health care assistance, information holds an important role in the formation or distortion of ideas.

The ideal conditions for the correct evaluation of facts and situations and the consequential choices for action, is that of proposing ideas that reflect reality as truthfully as possible.

This factor assumes greater significance, the greater the impact of these facts and situations, and undoubtedly therefore, health care assistance stands as a decisive element for any society that aims at reaching its own equilibrium and harmony.

We also want to underline the fact that the interpretation of that manifestation of closeness, which is the gist of the concepts through which the history and philosophy of primary health care are expressed, along with that of nursing assistance, still have not been consolidated into the common attitudes of the major part of western society. This is proved by the fact that the opinions of nurses, are most often, never taken into consideration, not even by the information media.

Key words: Information, Transparency of health care activities, Nursing assistance, Responsible society.

www.anianti.it

Maura Rocca, master di primo livello in Infermieristica e Ostetricia legale e forense
A.A. 2005/06, Università degli Studi di Milano

La violenza sessuale e il maltrattamento: elaborazione di un questionario per la formazione del personale infermieristico nella diagnosi e nel trattamento



Riassunto

Dati I.S.T.A.T. diffusi il 21 febbraio 2006 rapporto –violenza su campione di 25 mila donne tra i 16 e 70 anni: tre donne su dieci hanno subito violenze di tipo fisico, sessuale, psicologico.

Da una revisione della bibliografia circa la formazione dei professionisti sanitari in tema di violenza alle donne, si è potuto evidenziare che il fenomeno della violenza è ancora sottovalutato in ambito sanitario e soprattutto sono sottovalutate le conseguenze e l'impatto che la violenza ha sulla salute delle donne. Al Convegno internazionale organizzato dall'OMS e dalla Associazione dei ginecologi nel febbraio 2001, si è riscontrato che alcuni fattori contribuiscono alla non visibilità del fenomeno:

- la mancanza di capacità di ascolto dei problemi delle donne;
- la mancanza di un modello medico ed infermieristico capace di mettere a fuoco le specifiche condizioni di vita femminile;
- la presenza di un modello medico ed infermieristico che tende a riferire costantemente i malesseri e i disagi delle donne a problemi di tipo biologico che poco hanno a che vedere con gli eventi di vita e le reazioni violente.

La ricerca vuole indagare quale sia il livello di consapevolezza degli operatori sanitari circa la violenza sessuale e maltrattamento alle donne.

L'analisi dei dati riportati dovrebbe rilevare la reale e attuale situazione di percezione e la capacità/incapacità degli infermieri di agire in modo adeguato alle esigenze di una donna aggredita. L'indagine sarà utilizzata per poter formulare un eventuale percorso che preveda azioni di formazione specifica del personale infermieristico che favorisca un incremento della professionalità di fronte al fenomeno della violenza.

Parole chiave: Violenza, Donne, Infermieri.

Scopo e obiettivo della ricerca

L'obiettivo di questo lavoro è quello di rilevare qual è la capacità di percezione degli infermieri facenti parte di alcuni servizi sanitari locali riguardo la violenza sessuale e maltrattamento alle donne e valutare quali siano le conoscenze in ambito sanitario sulle conseguenze e l'impatto che la violenza ha sulla salute del maltrattato. In seconda istanza, il lavoro svolto vorrebbe focalizzare l'attenzione sull'ipotesi che la progettazione di un seminario di formazione possa contribuire ad aumentare la conoscenza

za dell'estensione del fenomeno, del collegamento esistente tra l'abuso e i processi di formazione di patologie per esempio malattie psichiche e da stress. Altra tappa è la conoscenza di percorsi istituzionali di supporto per l'uscita dalla violenza: centri antiviolenza, case alloggio, associazioni di donne e di volontariato, leggi di tutela dei diritti delle donne e quant'altro deve entrare nel progetto di contrasto della violenza.

Materiali e metodi

Il punto di vista degli infermieri, il loro

ARTICOLO ORIGINALE
pervenuto il 24/07/07
approvato il 30/09/07

grado di preparazione specifico al problema e le loro procedure sono stati indagati attraverso la somministrazione di un questionario composto di 20 domande.

Il questionario adottato è quello già usato per la realizzazione del progetto Urban in varie città italiane, integrato con domande utilizzate dall'A.O.G.O.I. nella realizzazione di una indagine sullo stesso tema nonché a quesiti che si ritengono utili ai fini della ricerca ed è così articolato:

- le caratteristiche sociodemografiche dell'operatore intervistato (età, sesso, qualifica, esperienze lavorative precedenti),
- le esperienze e i bisogni formativi professionali in genere e in particolare sui temi violenza e maltrattamento,
- i casi di maltrattamento e violenza pervenuti al servizio,
- le modalità di intervento e la presenza di "protocolli di trattamento",
- il riconoscimento delle lesioni fisiche prodotte da abusi,
- la conoscenza dei disturbi psichici prodotti da stress post traumatico.

È stato effettuato un pre-test per valutare se la formulazione delle domande fosse adeguata, chiara e precisa. Il pre-test è stato sperimentato su un campione simile di 8 infermieri, ma diverso dalla popolazione in esame. Tale indagine si è svolta in un pomeriggio.

Il campione di riferimento opera in quattro tipi di servizi: Rianimazione, Centro Igiene Mentale, Ginecologia e Pronto Soccorso.

Il totale dei questionari somministrati è stato di 150, i questionari restituiti compilati sono stati 134 tra cui risultano 87 donne e 45 uomini. La somministrazione è avvenuta contemporaneamente nei tre presidi, il tempo di attesa per la compilazione è stato di tre settimane.

Il tempo per l'elaborazione dati è stato di circa trenta giorni.

Analisi dei dati di tutte le variabili del "Questionario Anonimo sulla Violenza Sessuale" per sesso

I numeri dei dati riportati nelle successive tabelle non raggiungono il totale del campione (134 soggetti che hanno risposto al questionario: 87 donne, 45 uomini), in quanto non tutti hanno risposto alla totalità delle domande, per cui si è scelto di non analizzare i dati mancanti.

Per motivi di spazio sono riportate le tabelle che illustrano le risposte più indicative al nostro scopo.

Caratteristiche del campione

Le caratteristiche anagrafiche del campione rilevano che il 50,8% degli intervistati ha un'età compresa tra i 30 e i 39 anni. Soltanto il 10,5% del campione ha età inferiore ai 30 anni. La percentuale relativa di donne è nettamente superiore agli uomini.

Complessivamente, la maggioranza degli operatori appartiene all'area sanitaria, mentre soltanto il 24,6% all'area socio-sanitaria. La prevalenza degli intervistati lavora presso servizi di area critica con una percentuale relativa nettamente superiore di donne.

Il titolo di studio corrisponde per il 71,2% dei casi al Diploma Regionale. Il livello di scolarità è più alto nel campione maschile, laureati sono il 22,5%. La maggioranza degli infermieri ha un'anzianità di servizio superiore ai sei

Esperienze formative

La partecipazione ad esperienze formative è molto alta, erano possibili risposte multiple. Percentuali minori si riscontrano relativamente ai corsi di specializzazione e formazione su nuove procedure e metodi (15,7% e 11,2% rispettivamente).

Tendenzialmente il bisogno di formazione sembra sentito prevalentemente da infermieri maschi.

Soltanto 2 infermiere sul totale degli intervistati dichiara di aver frequentato corsi o convegni in tema di violenza sessuale e maltrattamento.

Bisogni formativi

Quasi la maggior parte degli intervistati sente il bisogno di formazione adeguata sulla violenza sessuale e maltrattamento (87,2%). Non si registrano differenze tra infermieri uomini e donne.

La percentuale degli infermieri che conosce in modo specifico la legge sulla violenza sessuale del 1966 è del

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
Conosce la legge 66 del 1996 norme contro la violenza sessuale?						
Sì in modo generale	19	43,2	28	32,2	49	36,8
Sì in modo specifico	22	50,0	55	63,2	77	57,9
No	3	6,8	4	4,6	7	5,3

anni, con una percentuale di 42,4% nella fascia lavorativa tra i 6 e i 15 anni. Gli uomini ancora in servizio dopo 25 anni sono il 14% contro un 8,1% di donne.

57,9%, mentre il 36,8% dichiara di conoscerla in modo generico. Il 5,3% non la conosce. Le donne hanno una conoscenza maggiore della legislazione in tema di violenza sessuale.

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
*Quali motivazioni la inducono a considerare utile la formazione specifica sulla violenza?						
- Il problema è o è diventato più rilevante	15	33,3	41	47,1	57	42,5
- Sensibilizzazione operatori/vittime	25	55,6	37	42,5	62	46,3
- Accrescere la professionalità	10	22,2	20	23,0	30	22,4
- Non sa	4	8,9	4	4,6	8	6,0

* Per queste domande erano contemplate più risposte contemporaneamente: la somma delle percentuali eccede il 100%.

Il 35,8% degli intervistati è "relativamente giovane" nell'attuale servizio: si riscontra infatti che 48 persone hanno da 0 a 6 anni di permanenza nel servizio attuale, mentre 69 (51,5%) hanno una esperienza dai 6 ai 15 anni.

A tale domanda solo il 6% degli operatori sanitari non sa se è necessaria formazione specifica per rispondere in maniera adeguata ad un problema sempre più rilevante, per saperne capire le cause, per potere affrontare il tema in

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
Nell'ultimo anno si sono presentate presso il suo servizio donne che hanno dichiarato di aver subito: maltrattamento?						
Mai	21	48,8	49	62,0	71	57,5
da 1 a 4 volte	13	30,2	15	19,0	28	22,8
> 4 volte	9	20,9	15	19,0	24	19,5
violenza sessuale?						
Mai	27	71,1	60	77,9	87	75,0
da 1 a 4 volte	11	28,9	60	77,9	87	75,0
> 4 volte	0	-	0	-	0	-

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
Ritiene competenza anche degli infermieri occuparsi di una donna che abbia subito:						
violenza sessuale						
Sì	34	75,6	69	81,2	103	78,6
No	3	6,7	4	4,7	8	6,1
Non so	8	17,8	12	14,1	20	15,3
violenza domestica						
Sì	32	76,2	68	80,0	100	78,1
No	3	7,1	4	4,7	8	6,3
Non so	7	16,7	13	15,3	20	15,6

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
Gli autori di violenza sessuale sono più frequentemente:*						
Soggetti a disturbi mentali						
x**	2		11		14	
1	6		13		19	
2	8		10		18	
3	5		10		18	
4	10		13		23	
qualsiasi punteggio	31	68,9	59	67,8	91	67,9
Etilisti						
x**	3		7		10	
1	2		4		6	
2	9		18		27	
3	13		15		28	
4	5		11		16	
qualsiasi punteggio	32	71,1	55	63,2	87	64,9
Emarginati sociali						
x**	4		5		9	
1	7		8		15	
2	9		14		23	
3	8		19		27	
4	5		7		12	
qualsiasi punteggio	33	73,3	43	49,4	86	64,2
Uomini normali						
x**	5		24		29	
1	15		23		38	
2	3		5		8	
3	3		3		6	
4	9		17		26	
qualsiasi punteggio	35	77,8	72	82,8	107	79,9

* Per queste domande erano contemplate più risposte contemporaneamente: la somma delle percentuali eccede il 100%.

** In questi casi sulla scheda non è stato assegnato un punteggio da 1 a 4 ma la relativa voce è stata compilata segnando con una crocetta.

modo sempre più consapevole, accrescendo di conseguenza anche la propria professionalità.

Di fatto, il 94% degli operatori dimostra di essere sensibile al problema chiedendo una formazione su questa tematica.

Casi di violenza e maltrattamento pervenuti nel corso dell'ultimo anno

Per verificare quale sia la percezione sulla violenza da parte degli operatori, vengono considerati i casi di violenza e maltrattamenti pervenuti ai servizi/reparti nel corso dell'ultimo anno e le eventuali modalità di intervento.

Il 57,7 % e il 75% degli intervistati dichiara di non avere mai prestato assistenza e cura a donne che hanno subito, rispettivamente, maltrattamento e violenza sessuale nel corso dell'ultimo anno, con una maggior percentuale di donne (62%) che non ha mai incontrato casi di maltrattamento rispetto agli uomini (48,8%).

Risponde di aver assistito donne maltrattate complessivamente il 42,3% degli intervistati, con una percentuale maggiore per gli operatori maschi (51,1%); solo il 19,5% del campione ha avuto occasione di incontrare donne maltrattate con frequenza maggiore a 4 volte.

Solo il 25% degli intervistati ha prestato la propria opera e cura a donne che siano state violentate, ma nessuno ha una elevata esperienza personale in questo settore, in quanto nessuno ha dichiarato di aver assistito più di 4 donne nell'arco dell'ultimo anno.

I dati relativi agli operatori uomini rispetto alle donne è pressochè sovrapponibile.

Percezione delle competenze professionali vissute dagli infermieri

La quasi totalità degli infermieri intervistati ritiene di volersi occupare di tutte le problematiche che sorgono in caso di paziente che abbia subito violenza. Soltanto il 6,1% ritiene di non avere responsabilità professionali in merito.

Il 15,3% di infermiere e il 15,6% di infermieri, invece, non sa rispondere in proposito.

I dati relativi alle due domande sono sostanzialmente gli stessi.

Si riscontra nelle infermiere maggiore volontà di voler assistere donne che

abbiano subito maltrattamenti e abusi sessuali, rispetto a quanto dichiarato dai colleghi uomini.

Caratteristiche del fenomeno

La domanda poneva gli intervistati in condizione di enumerare da 1 a 4 in ordine di frequenza i maltrattatori abituali, potendo scegliere tra soggetti a disturbi mentali, emarginati sociali, etilisti, uomini normali. La maggior parte degli intervistati ritiene che siano più frequenti le violenze perpetuate da uomini normali, seguiti da soggetti con disturbi mentali, emarginati sociali ed in ultimo da etilisti.

Il punteggio dato agli emarginati sociali come autori di violenze è nettamente maggiore nella componente maschile 73,3% rispetto a quella femminile 49,4%; così pure il punteggio dato agli

etilisti come autori di abuso: (71,1% campione maschile, 63,2% campione femminile).

Gli intervistati (con prevalenza della componente femminile del campione) ritiene che tra gli autori del maltrattamento occupi il primo posto il coniuge della donna maltrattata. Infermieri ed infermiere intervistati concordano nel ritenere il genitore la seconda causa del maltrattamento.

Il campione esaminato ritiene che, tra gli autori della violenza sessuale, ai primi posti ci siano estranei o più autori in gruppo. Segue la convinzione che il maltrattatore sia parente o genitore (41,8%), mentre la responsabilità del coniuge è data al 26,9% (con differenza percentuale rilevante tra le risposte femminili 21,8% e maschile 37,8%).

Gli intervistati ritengono che la casa sia il luogo dove il maltrattamento e la violenza sessuale vengono perpetuati più frequentemente (76,1%), seguita dalla strada, dal parcheggio e dal luogo di lavoro.

Il campione analizzato ritiene che il rischio maggiore di subire abusi sia dovuto all'aver un partner violento (55,2%).

Uscire da sole la sera viene ritenuto rischioso per il 30,6% dei professionisti intervistati, senza differenze tra i due sessi. Mentre l'abbigliamento provocante è ritenuto un fattore di rischio per la violenza sessuale dal 51,1% degli uomini contro il 34,5% delle donne.

Nel trattamento e nella gestione dei casi di violenza e maltrattamento, il 51,5% degli intervistati dichiara di inviare le donne a centri o servizi specializzati, il 15,4% ricorre a un protocollo di servizio, il 5,4% ad una propria procedura, 17 persone intervistate dichiarano invece di non sapere o non rispondono.

L'85,1% del campione di intervistati ritiene che le possibili conseguenze per la donna vittima di violenza siano i problemi familiari, segue la perdita del lavoro (30,6%). Non ci sono importanti differenze di genere nelle risposte.

La patologia psichica di una donna rende la stessa maggiormente vulnerabile nei confronti del proprio partner, marito, fidanzato secondo il 44,8% degli infermieri intervistati. Il 42,5% ritiene che i problemi psichici della donna possano essere sfruttati da parte di sconosciuto, da partner occasionale o da conoscenti.

Il sintomo più frequente di una possibile violenza subita è individuato nei disturbi psichici (86 risposte).

Segue al secondo posto la scarsa stima di sé (73 risposte pari al 54,5% dell'intero campione). Rispetto a questo dato vi è però una notevole differenza tra le risposte delle infermiere (62,1%) e quello degli infermieri (42,2%), così come i problemi alimentari sono individuati tra i sintomi conseguenti a violenza e maltrattamento prevalentemente dalle donne (31% versus 20%).

Segue il disadattamento (72 risposte),

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
*Quali secondo lei gli autori di: maltrattamento						
Conoscente/collega	13	28,9	21	24,1	34	25,4
Amico	10	22,2	20	23,0	30	22,4
Coniuge	35	77,8	75	86,2	110	82,1
Genitore	24	53,3	47	54,0	71	53,0
Parente	18	40,0	26	29,9	44	32,8
Estraneo	10	22,2	20	23,0	30	22,4
Più autori in gruppo	16	35,6	15	17,2	32	23,9
Altri	5	11,1	11	12,6	16	11,9
violenza sessuale						
Conoscente/collega	16	35,6	29	33,3	45	33,6
Amico	13	28,9	30	34,5	43	32,1
Coniuge	17	37,8	19	21,8	36	26,9
Genitore	17	37,8	38	43,7	55	41,0
Parente	14	31,1	42	48,3	56	41,8
Estraneo	29	64,4	55	63,2	84	62,7
Più autori in gruppo	33	73,3	55	63,2	89	66,4
Altri	7	15,6	12	13,8	19	14,2

* Per queste domande erano contemplate più risposte contemporaneamente: la somma delle percentuali eccede il 100%.

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
Dove avviene la violenza sessuale e maltrattamento in genere?						
Casa	32	71,1	70	80,5	102	76,1
Strada	32	71,1	60	69,0	92	68,7
Auto	9	20,0	20	23,0	29	21,6
Lavoro	15	33,3	29	33,3	44	32,8
Parcheggio	12	26,7	36	41,4	49	36,6
Discoteca	10	22,2	25	28,7	35	26,1
Altro	6	13,3	14	16,1	20	14,9

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
*Quali comportamenti tenuti dalla donna aumentano il rischio di subire violenza?						
Uscire la sera sola	14	31,1	27	31,0	41	30,6
Utilizzare un abbigliamento provocante	23	51,1	30	34,5	53	39,6
Avere un partner violento	23	51,1	50	57,5	74	55,2
Farsi offrire una cena da un uomo conosciuto da poco	2	4,4	8	9,2	10	7,5

* Per queste domande erano contemplate più risposte contemporaneamente: la somma delle percentuali eccede il 100%.

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
*Quali sono le possibili conseguenze per una donna vittima di violenza o maltrattamenti?						
Perdita del lavoro	15	33,3	26	29,9	41	30,6
Perdita della casa	6	13,3	5	1,1	11	8,2
Problemi economici	8	17,8	10	11,5	18	13,4
Problemi familiari	39	86,7	74	85,1	114	85,1
Nessuna conseguenza	2	4,4	6	6,9	8	6,0

* Per queste domande erano contemplate più risposte contemporaneamente: la somma delle percentuali eccede il 100%.

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
*Quali gli autori di violenza e maltrattamento su una donna con problemi psichici?						
Partner-marito-fidanzato (attuale o ex)	20	44,4	40	46,0	60	44,8
Parente convivente	11	24,4	27	31,0	38	28,4
Parente non convivente	5	11,1	17	19,5	22	16,4
Partner occasionale	18	40,0	32	36,8	50	37,3
Conoscente	11	24,4	33	37,9	45	3,6
Sconosciuto	21	46,7	36	41,4	57	42,5

* Per queste domande erano contemplate più risposte contemporaneamente: la somma delle percentuali eccede il 100%.

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
*Quali i possibili sintomi e disagi conseguenti a violenza e maltrattamento?						
Disturbi psichici	28	62,2	58	66,7	86	64,2
Disadattamento	26	57,8	45	51,7	72	53,7
Abuso sostanze	13	28,9	27	31,0	40	29,9
Difficoltà di identificazione con il proprio sesso	10	22,2	20	23,0	30	22,4
Aggressività verso il sesso opposto	24	53,3	43	49,4	67	50,0
Auto distruttività	14	31,1	40	46,0	54	40,3
Scarsa stima di sé	19	42,2	54	62,1	73	54,5
Tentativi di suicidio	22	48,9	36	41,4	58	43,3
Problemi alimentari (anoressia/bulimia)	9	20,0	27	31,0	36	26,9

* Per queste domande erano contemplate più risposte contemporaneamente: la somma delle percentuali eccede il 100%.

con una sovrapposizione di preferenze tra gli infermieri donne (51,7%) e gli infermieri uomini (57,8%).

Le conseguenze possibili di una violenza sessuale o maltrattamento vengono identificate in prima istanza in lividi (86,6%), seguiti da fratture e cicatrici (rispettivamente 64,2% e 48,5%), aborti (43,3%) e denti rotti (42,5%).

Minore importanza viene data a problemi intestinali, lesioni di timpano e a infezioni ripetute.

La percezione delle possibili conseguenze sulla salute della donna che subisce abusi è sovrapponibile su quasi la totalità dei punti dal personale sanitario maschile e femminile.

Presentazione e discussione dei dati raccolti

Il campione preso in considerazione è relativamente giovane, ha una istruzione media (per la maggioranza costituito da possessori di diploma di infermiere regionale), con una differenza significativa di laureati maschi rispetto alle femmine. Si possono distinguere in prevalenza due fasce di età e due fasce di anzianità di servizio: la prima che comprende gli operatori tra i 30 e i 39 anni con 16-15 anni di servizio, la seconda che comprende quelli tra i 40-49 anni con 16-25 anni di servizio. In generale si tratta di infermieri che hanno una permanenza media di 10 anni all'interno del servizio in cui lavorano attualmente. Le infermiere hanno una permanenza nello stesso servizio maggiore rispetto a quella degli infermieri maschi.

Rispetto alle esperienze formative, è molto frequente la partecipazione a corsi, aggiornamenti e convegni; carente è invece la frequenza di corsi di specializzazione specifici per materia o attività: quasi la totalità degli infermieri dichiara tra l'altro di non aver mai partecipato a corsi di formazione riguardanti il tema della Violenza Sessuale e Maltrattamento, sebbene dichiarino di sentire la necessità di esperienze formative a riguardo, che aiutino ad accrescere le proprie esperienze professionali, nonché affinare la sensibilità per poter affrontare con competenza tecnica e relazionale la situazione complessa di una donna maltrattata.

In 1 caso su 4 gli infermieri intervistati hanno prestato assistenza e cura nell'ultimo anno a donne violentate, ma 3 su 4

Variabile	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
*Quali le possibili conseguenze sulla salute fisica delle donne?						
Lividi	39	86,7	77	88,5	116	86,6
Fratture	25	55,6	61	70,1	86	64,2
Denti rotti	19	42,2	38	43,7	57	42,5
Cicatrici	23	51,1	42	48,3	65	48,5
Lesioni del timpano	15	33,3	22	25,3	37	27,6
Aborti	18	40,0	40	46,0	58	43,3
Problemi intestinali	5	11,1	16	18,4	21	15,7
Infezioni ripetute	11	24,4	26	29,9	37	27,6
Tachicardia	14	31,1	31	35,6	46	34,3
Asma	3	6,7	8	9,2	11	8,2
Emicrania	10	22,2	32	36,8	42	31,3

* Per queste domande erano contemplate più risposte contemporaneamente: la somma delle percentuali eccede il 100%.

non hanno mai assistito una donna violentata sessualmente. Questo dato è verosimile se rapportato al dato italiano emerso dalla ricerca ISTAT 2004 sulla incidenza di violenza sessuale in una popolazione di donne tra 14 e 59 anni intervistate telefonicamente (0,6 % nel corso dell'intera vita se si valuta solo lo stupro e il tentato stupro).

Invece per quanto riguarda il maltrattamento ben il 62% delle operatrici sanitarie intervistate dichiara di non aver incontrato in un intero anno donne maltrattate. Tali dati sono conformi a quanto espresso nel quadro teorico di riferimento secondo il quale i professionisti non si "accorgono" di quello che è successo alla donna che hanno di fronte, che lamenta sintomi tra i più svariati e differenti, e solo più raramente manifesta apertamente il disagio della violenza subita.

Tuttavia, la consapevolezza che sia pertinenza infermieristica l'accoglimento e la relazione con la vittima è propria della maggior parte degli infermieri intervistati; purtroppo, quasi 1 su 4 ancora ritiene che ciò invece non riguardi le competenze infermieristiche o non sa rispondere a questa domanda. Sembra comunque che la delega alla classe medica, almeno in questo settore, non sia l'atteggiamento prevalente, con una capacità di comprendere che al di là delle ferite più o meno palesi, è la relazione con la donna e l'accoglienza che giocano un ruolo nel sanare le ferite nascoste.

I dati relativi alla consapevolezza di quali siano le caratteristiche del fenomeno da parte dei professionisti infermieri risultano interessanti nell'analisi.

Nonostante la maggioranza percentuale del campione ritenga che l'autore del reato sia un uomo normale, ancora molti degli intervistati identifica prioritariamente gli autori di abusi tra gli emarginati sociali e i malati mentali.

A dimostrazione di ciò, alla domanda "Quali secondo Lei gli autori di maltrattamento o violenza sessuale", il coniuge viene identificato correttamente come l'autore prevalente del Maltrattamento; viceversa, di fronte alla Violenza Sessuale, il coniuge non viene ritenuto responsabile, ma anzi, si posiziona all'ultimo posto nelle percentuali delle risposte. Da quanto emerge dalla letteratura specialistica questa risposta si discosta molto dalla realtà: è prevalentemente intrafamiliare sia il maltrattamento che la violenza sessuale. Inoltre l'analisi degli intervistati dimostra che le donne hanno una maggiore difficoltà rispetto agli uomini a riconoscere il coniuge come autore di violenza sessuale. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che le donne intervistate hanno una scolarità inferiore rispetto ai loro colleghi, oppure potrebbe dimostrare una minore facilità a dare un nome così preciso "violenza sessuale" a un evento che comunque culturalmente ancora si riallaccia all'idea del "debito coniugale". Nel caso della violenza sessuale invece gli intervistati identificano prevalentemente l'estraneo o il gruppo come responsabili più frequenti, mentre al massimo dopo il coniuge/partner sarebbero collocabili gli amici della vittima. Riguardo al luogo della violenza, la casa è ritenuta giustamente il luogo nel quale la donna ha maggiore probabilità di subire abusi. La risposta esatta è in

apparente dissonanza con il dato precedente per cui secondo gli intervistati la Violenza Sessuale viene perpetrata da estranei o gruppi di uomini (sarebbe quindi lecito supporre che il luogo preferenziale per loro dovesse essere la strada). Probabilmente in questa apparente contraddizione gioca un ruolo il fatto che ai pronto soccorso arrivano di più le donne che hanno subito violenza da sconosciuti in quanto chiedono di più un intervento sanitario, anche per paura delle malattie sessualmente trasmesse, per cui gli operatori sanitari hanno incontrato più facilmente questa tipologia di violenza sessuale e meno quella domestica, che resta più nascosta. Però sanno che è prevalente appunto la violenza domestica, in quanto i mass media comunque lo ricordano quando parlano del fenomeno. Infatti la percezione che avere un partner violento aumenti la possibilità di subire violenza è molto alta.

Quando gli infermieri si trovano di fronte ad una violenza, tendono a non sapere che cosa fare, come agire. Alcuni, dotati di iniziativa e inclinazioni personali, promuovono una loro modalità di approccio per accogliere la donna vittima di violenza. Altri fanno riferimento a protocolli; i rimanenti dichiarano che non saprebbero cosa fare o non rispondono alla domanda. La maggior parte degli intervistati invierebbe la vittima in un centro specializzato.

Rispetto alle possibili conseguenze di una violenza sessuale, sembra che i problemi familiari occupino il primo posto nella selezione delle risposte. Alla domanda si poteva rispondere con più preferenze e una piccola percentuale del campione ha posto l'accento sulla gravità che potrebbe creare la perdita di lavoro o la perdita della casa, nonché i problemi economici allorché la vittima volesse lasciare l'autore della violenza.

La percezione su quali siano i possibili sintomi conseguenti la Violenza e Maltrattamento è piuttosto bassa: alla domanda si poteva rispondere con risposte multiple, dunque ciascun intervistato ha dato soltanto qualche preferenza a ciascun punto; da ciò si potrebbe dedurre che vi è una bassa conoscenza di quali possano essere le conseguenze psicologiche complessive per la donna abusata.

Anche circa le conseguenze sulla salu-

te fisica si ha una basso livello di conoscenza. Come per la domanda precedente, l'intervistato poteva avvalersi di più risposte. Per ogni punto, invece, vengono contate da un massimo di 116 adesioni a un minimo di undici, nonostante i problemi indicati siano stati scelti tra quelli quasi sempre riscontrabili nel maltrattamento e abuso.

Considerazioni conclusive

Le risposte al questionario hanno dato un quadro abbastanza preciso di quelle che sono le conoscenze e le percezioni del campione di riferimento nei confronti dell'approccio e della cura verso una donna violentata o maltrattata.

Il campione intervistato

- *Dimostra una forte volontà di crescita professionale in termini di formazione specifica e di conoscenza approfondita del problema.*
- *Ritiene essere di competenza infermieristica l'approccio e l'accoglienza alla donna abusata.*
- *Conosce la problematica da un punto di vista assistenziale in modo superficiale.*
- *Non ha a disposizione protocolli adeguati da applicare.*
- *Ha una bassa conoscenza dei segni e sintomi legati all'abuso.*

Ritengo, alla luce di quanto emerso, che sia necessaria una formazione specifica per tutti gli infermieri.

Nonostante l'estensione del problema della violenza contro le donne e la gravità delle sue conseguenze, questo tema non fa ancora parte del curriculum formativo di base delle professioni sanitarie; ritengo quindi sia necessario integrarlo e ampliarlo con corsi pensati e studiati ad hoc per i professionisti infermieri, in particolare per quelli operanti nei settori nei quali sia più facile incorrere in pazienti donne che abbiano subito o subiscano maltrattamenti e violenze sessuali.

Si tratta di conoscere l'estensione del fenomeno, sapere che esiste un collegamento tra alcune patologie psico-fisiche e la violenza, e che se ne deve tenere conto se si vogliono dare risposte soddisfacenti.

Data la delicatezza di questo argomento, sarebbe auspicabile che, oltre alla conoscenza trasmessa, si possa anche discutere delle emozioni, paure, ansie che questo argomento genera, perché

tutte queste possano essere superate e condivise nei gruppi di lavoro.

Sarebbe per me di grande auspicio riuscire ad organizzare all'interno dell'Azienda Ospedaliera un gruppo di lavoro permanente costituito da operatori psico-socio-sanitari che abbiano come obiettivo la formazione specifica e la costituzione di una piccola équipe specializzata sul tema della violenza che possa essere di riferimento all'interno della struttura ogni qualvolta se ne presenti l'esigenza.

Bibliografia

- ALESSI A., "Trovare le parole"- *Violenza contro le donne: percezione ed interventi sociali a Palermo, Intervento di presentazione della ricerca, U.D.I., Onlus Antepima, 2000.*
- CARNEVALE A. D'OVIDIO C., *La professione di infermiere. Aspetti Giuridici, Medico-Legali, Etico Deontologici*, Piccin, 2005.
- DONADIO S., ARDUINO S., PASTORE G., ET AL., *Soccorso Violenza Sessuale, Atti Corso di Formazione per operatrici, operatori addetti al soccorso della donna vittima di violenza*. Torino, 25 gennaio, 2005.
- GULLOTTA G., *La vittima*, Giuffrè Editore 2001.
- GULLOTTA G., VAGAGGINI M., *Dalla parte della vittima*, Giuffrè Editore, 1981.
- MARCHI A.G., GAETA G., GIORGI F., CREVATIN R., *Lavorare in pronto soccorso: guardare per vedere, U.O. Pronto Soccorso e primo accoglimento, IRCCS "Burlo Garofolo"*, Trieste, Tratto da: Rivista Italiana Pediatrica (U.P.), 2001, 27: 540-543.
- REALE E., 2001, "**Cinque seminari contro la violenza alle donne**", Progetto pilota Rete Antiviolenza tra le città Urban-Italia, Atti dei seminari di formazione per operatori sanitari, *L'esperienza del Centro Prevenzione Salute Mentale in tema di violenza contro le donne e la formazione degli operatori*, Napoli 19-20 febbraio, 2001 (il volume degli atti è pubblicato a cura di Arcidonna, novembre 2001).
- REALE E., Assessorato alla Sanità. Progetto: una salute a misura di donna. Corso di aggiornamento per operatori sanitari, A.S.L. Napoli, Report "*La violenza contro le donne: un potente fattore di rischio per la salute*" Napoli, 2004.
- SABBADINI L.L., *La sicurezza dei cittadini. Molestie e violenze sessuali*, Istat, Roma, 1998.
- TERRAINI L., *Su un corpo di donna. Una recente ricerca sulla violenza sessuale in Italia*, Franco Angeli, 1997.

Siti consultati

- CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA, SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLA SALUTE INFORTUNI E VIOLENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ ONU, Tutti i numeri della violenza sulle donne (Internet) in: pdf544kb. (pubblicato 1 dicembre 2005; consultato giugno 2006).
- OMS, Rapporto dell'Ufficio Europeo dell'OMS, 22 settembre 2005. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it>
- UFFICIO STATISTICO DELLE NAZIONI UNITE, NEW YORK 2000. Tratto da "The world's women 2000. Trends and statistic". Versione italiana a cura della commissione nazionale per parità e pari opportunità. (Consultato maggio 2006). Disponibile all'indirizzo <http://www.diritiumani.donne.aidos.it>
- BUTTI MARIA CRISTINA, Stupri. Fenomeno realmente in crescita e non mediatico. Oltrenews numero 214 (pubblicato il 29.06.2005; consultato maggio 2006). Disponibile all'indirizzo <http://www.oltrenews.it/psicologia-stupri/>
- ADNCRONOS, Violenze sessuali, oltre mezzo milione di donne le vittime in Italia. (pubblicato giugno 2006; consultato 11 aprile 2006). Disponibile all'indirizzo: http://www.adnchronos.com/Speciali/P_o/NotizieManuali/2106.html
- PROGETTO URBAN, PROGETTO NAZIONALE. Rete antiviolenza tra le città Urban Italia. (pubblicato 1998; consultato maggio 2006). Disponibile all'indirizzo: <http://www.comune.torino.it/politichedi genere/urban/urbanitalia.html>
- ROMITO PATRIZIA, Violenza contro le donne, conseguenze sulla salute e ruolo dei servizi socio-sanitari. Università Trieste, 2000. (consultato il settembre 2006). Disponibile all'indirizzo: <http://www.salutementaledonna.it/cap10romito.html>

Abstract

A study of bibliographical reviews on the training of health care professionals dealing with violence to women, evidence the phenomenon of violence to women as a reality which is still underestimated within the sphere of health care, especially with regard to the consequences that violence has on women's health. At the International OMS Convention and that of the Association of Gynecologists held in February 2001, a list of factors which contribute to the scarce attention given to this phenomenon was outlined:

- The lack of expertise in the methods of listening to problems of women
- The lack of a model for doctors and nurses, which specifically focuses on feminine life-conditions
- The existing model which tends to refer constantly to the ailments and discomforts of women as problems which are purely biological and therefore not related to living conditions and violent events.

Research studies aim at gauging the awareness level of health care operators on the issue of sexual violence and abuse on women.

The analysis of the data here reported should measure the real and current perceptive conditions and the capacity/incapacity of nurses to act adequately in answer to the needs of abused women. The study will be used to formulate a possible procedure which provides for specific training of nurses to favor higher professional expertise in facing the phenomenon of violence.

Key words: Abuse, Women, Nurses.



“Scelte sulla vita” si basa sulle testimonianze e sui dati rac-

colti in luoghi, come reparti di terapia intensiva, in cui, più di altri, le decisioni da prendere sono il pane quotidiano. È un libro che vuole offrire conclusioni: fa solo presente quali siano i reali scenari di fronte al vivere o al morire, per cercare le aree di criticità e mettere a fuoco alcune linee di proposta.

Ciò che forse colpisce di più nella lettura è quanto una maggioranza di medici e infermieri viva con intensità e con partecipazione l'evoluzione del singolo ammalato. È stato fatto tutto il possibile?

Quando ci si deve fermare? Che cosa è appropriato fare? Quali sono le speranze che, continuando la terapia, il paziente possa continuare a vivere in condizioni umanamente accettabili? E chi giudica

l'accettabilità, considerando la grande differenza fra gli individui? In questa ricerca, condotta dal GiViTi (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva), sono stati utilizzati due approcci complementari: uno epidemiologico (un anno di raccolta dati, 3.800 pazienti in 84 reparti) e uno clinico (18 incontri di gruppo, 12 interviste in 6 reparti). È quindi un libro fattuale, che costituisce una solida base su cui fondare iniziative legislative e non, riguardanti gli atteggiamenti da adottare di fronte alla possibilità di non iniziare o di sospendere gli interventi di terapia intensiva; ma che, al tempo stesso, intende dare un respiro di riflessione antropologica in un settore di punta della pratica medica che rischia di essere letto solo sul piano tecnico e



organizzativo, attraverso ragionamenti puramente lineari.

Un pensiero insieme ed empatico consente di introdurre categorie interpretative nuove, e può aiutare a mettere a fuoco gli atteggiamenti cognitivi, relazionali, organizzativi ed emotivi da favorire e coltivare per attivare processi decisionali condivisi e di forte profilo etico.

Stefano Bambi**, S. Magazzini*, G. Pepe*, M. Ruggeri***, S. Tramontana***, E. Maestri***, Enrico Lumini**, Giovanni Becattini****, Pronto Soccorso, Dipartimento Emergenza Accettazione ed Accoglienza, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi Firenze, *dirigente medico, **infermiere specialista in anestesia e terapia intensiva, ***infermiere, ****infermiere coordinatore, dottore in scienze infermieristiche

Utilizzo off label del collare cervicale rigido durante ventilazione non invasiva di paziente con grave cifoscoliosi

La ventilazione non invasiva a pressione positiva comporta indubbi vantaggi nel prevenire l'intubazione tracheale e le sue complicanze, in particolare l'aumento dei costi legati alla degenza in terapia intensiva e l'allungamento del tempo di ricovero connesso ai frequenti casi di polmonite correlata a ventilazione meccanica invasiva (dal 6% al 52%)¹⁻². Esistono importanti evidenze di efficacia clinica dell'applicazione di questa metodica in gruppi selezionati di pazienti, specialmente nella BPCO riacutizzata³⁻⁴ e nell'edema polmonare acuto cardiogeno (specialmente la CPAP)⁵; limitate, invece, le prove di efficacia per tutti gli altri ambiti clinici di impiego della NPPV, tra cui i disordini della gabbia toracica. In questa sede viene presentato un caso di importante insufficienza respiratoria globale insorto in paziente affetta da grave cifoscoliosi associata a posizione viziata di testa e collo in flessione anteriore estrema, risoltosi mediante NPPV con l'ausilio inedito e risolutivo di un collare cervicale rigido, normalmente utilizzato nell'immobilizzazione dei traumi cervicali in dipartimento di emergenza.

Case report

La notte del 18/06/2006 viene trasportata da UMS di tipo A al pronto soccorso la signora R.A. di 85 anni, con grave dispnea. All'arrivo la paziente presenta ossigenoterapia a 12 lt/m' con maschera standard, ed accesso venoso periferico. Al triage viene assegnato e facilitato

l'accesso in sala emergenza. La paziente viene immediatamente posizionata in decubito ortopnoico, liberata dai vestiti e monitorizzata. I parametri vitali all'ingresso sono: FC 100 b/m', PA 150/80 mmHg, SpO₂ 96%, FR 30 atti/m', GCS 8 (E1, V2, M5), TC 37.5°C timpanica. Si nota precocemente un atteggiamento forzato del collo in posizione anteriore con il mento appoggiato sullo sterno. La prima EGA (tempo 0') mostra acidosi respiratoria acuta (ipercapnia grave - paCO₂ 138 mmHg, e lieve iperossiemia - paO₂ 110 mmHg). (Figura 1 - trend EGA).

La raccolta anamnestica e l'esame obiettivo, eseguita dapprima in assenza di familiari, sono riportati in tabella 1

Si provvede nel contempo a portare la FiO₂ a 0.23, e reperire un nuovo accesso venoso con agocannula 16 G, prelevando gli esami ematici di routine (emocromo, assetto coagulativo, chimica clinica ed enzimi miocardiospecifici). L'EKG a 12 derivazioni rivela un ritmo sinusale con frequenza 100 b/m', ed onde T negative a branche asimmetriche da V₃ a V₆. Il radiogramma toracico eseguito al letto della malata mostra l'opacamento della base di destra, iperdiafania dei campi polmonari per enfisema, ombra cardiaca e profilo diaframmatici regolare.

Si somministrano precocemente per via endovenosa furosemide 80 mg, flumazenil 0.5 g, metilprednisolone 40 mg, e ceftriaxone 1g. Il bolo del diuretico viene direttamente seguito dall'introduzione di catetere vescicale. A 2 ore dall'ingresso la diuresi è di circa 1000 ml. Viene posizionata inoltre una agocan-

COMUNICAZIONE

pervenuto il 24/09/07
approvato il 30/09/07

Figura 1 – Emogasanalisi seriate della signora R.A.

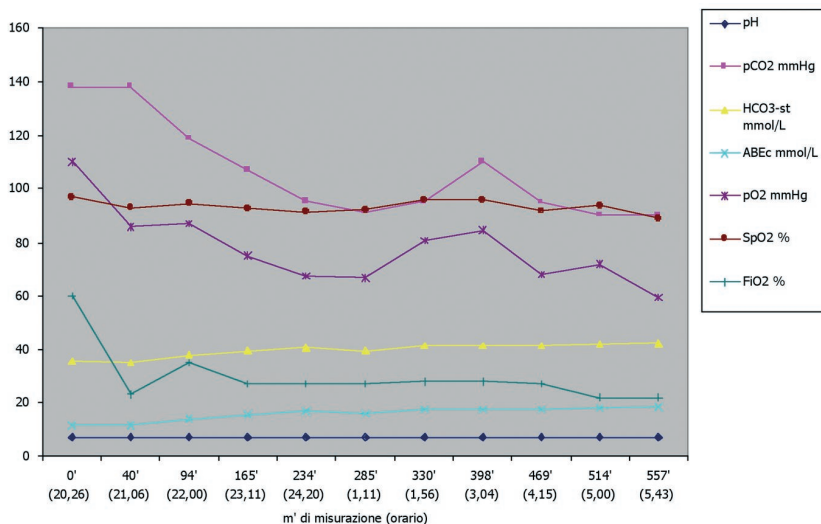


Tabella 1 – anamnesi e esame obiettivo

Anamnesi	BPCO con cuore polmonare cronico In terapia con diuretico e digossina Oggi pomeriggio soccorsa dal servizio di emergenza territoriale per dispnea severa associata a stato soporoso
Esame obiettivo	Alle ore 20.35 GCS 8, FC 110 r b/m', PA 155/70 mmHg, SpO ₂ 98% con O ₂ 12 lt/m' (PaCO ₂ > 130 mmHg), TC 36.6°C timpanica Al torace murmure vescicolare nettamente ridotto, cifoscoliosi spiccata Al cuore niente da segnalare Addome meteorico, trattabile Non deficit neurologici Non altri reperti di rilievo ad eccezione di edemi declivi

nula 20 G in arteria radiale sinistra per consentire l'effettuazione di controlli EGA seriat.

L'esecuzione della seconda emogasanalisi, circa 40 minuti dopo la prima, pone in luce un quadro sostanzialmente invariato rispetto al precedente, soprattutto per quanto concerne la grave acidosi respiratoria (pH 7.144, PaCO₂ 138 mmHg). Si istituisce pertanto il supporto ventilatorio non invasivo mediante l'utilizzo di ventilatore da terapia intensiva Evita 2 Dura Draeger®, con maschera oro-nasale. I parametri starter impostati sono: BIPAP con FR 14 atti/m', P_{insp} 15 mbar, PEEP 5 mbar, ASB 10 mbar, FiO₂ 0.35. L'impostazione del ventilatore viene rapidamente titolata nel tentativo di raggiungere volumi correnti minimamente soddisfacenti (almeno 400 – 500cc, tenendo conto del peso approssimativo della paziente di circa 50 kg),

cercando di compensare le perdite di aria causate dall'edentulia della paziente. Appare da subito l'importante impedimento alla ventilazione determinato dall'atteggiamento in flessione spontanea anteriore del collo sul torace, col mento poggiato sullo sterno.

Nonostante l'ASB venga portata fino a 17 mbar, e la P_{insp} fino a 22 mbar, non si riescono ad ottenere volumi correnti che superino i 300 ml.

La riflessione del team dell'emergenza del pronto soccorso porta a ricercare una soluzione pratica per mantenere in posizione utile alla ventilazione efficace il collo della paziente: dopo vari espedienti ipotizzati, si opta per la sperimentazione dell'applicazione di un collare cervicale rigido in utilizzo per l'immobilizzazione spinale dei traumatizzati (Stifneck Select Adjustable Cervical Collar Adult - Laerdal®). Il posiziona-

mento del collare consente immediatamente un miglioramento del tidal volume a fronte di completa assenza di problematiche nella tenuta dell'interfaccia, nel frattempo migliorata mediante opportuni aggiustamenti.

L'esecuzione dell'emogasanalisi alle ore 22.00 mostra un miglioramento confortante dei livelli di CO₂ arteriosa della paziente (pH 7.214, PaCO₂ 119 mmHg). Questo trend positivo, concomitante ad un miglioramento dello stato neurologico, prosegue fino al controllo delle ore 23.11, quando si riscontrano FC 96 r b/m', SpO₂ 96% (con FiO₂ portata nel frattempo a 0.27), PA 135/80 mmHg e GCS 13 (E3, V4, M6); l'EGA mostra un pH di 7.26, una PaCO₂ di 107 mmHg, e una PaO₂ di 75 mmHg.

Alle ore 01.11, dopo l'ennesima valutazione emogasanalitica estremamente positiva (pH 7.31, PaCO₂ 91.2 mmHg, PaO₂ 66.7 mmHg), unitamente al ripristino della completa integrità sensoriale (GCS 15) ed al rilievo di iniziali segni di lesione da pressione (arrossamenti non regredienti spontaneamente) sul ponte nasale e sui punti di appoggio occipitali e toracici del collare, si decide di rimuovere il supporto ventilatorio ed il collare cervicale, istituendo nuovamente ossigenoterapia con FiO₂ 23%.

Il referto degli esami ematici nel frattempo reperito, non mette in evidenza particolari alterazioni ad eccezione di una modesta anemia (Hb 11,6 g/dl), peraltro già rilevata dall'esecuzione dei controlli emogasanalitici.

La progressiva ricomparsa di tachipnea (FR 28 atti/m'), sonnolenza, poi sopore, unitamente al rilievo EGA eseguito alle ore 03.04 di pH nuovamente sceso a 7.26, e PaCO₂ di 110 mmHg, pongono ancora l'indicazione al trattamento con NPPV di urgenza della paziente, che viene ripristinata con gli stessi parametri di impostazione efficaci in precedenza, contemporaneamente all'applicazione di nuovo del collare cervicale da estricazione. I segni vitali alle ore 4.00 sono: GCS 14 (E4, V4, M6), FC 98 r b/m', PA 130/80 mmHg, SpO₂ 96% con FiO₂ 0.27. Alle ore 05.00 l'emogasanalisi è di nuovo soddisfacente (pH 7.337, PaCO₂ 90.3 mmHg, PaO₂ 71.9 mmHg), il sensorio è di nuovo GCS 15 con FC 90 r b/m', e PA 120/60 mmHg: viene nuovamente sospesa la NPPV, lasciando però questa volta in sede il collare cervicale, per permettere una migliore espansione toracica alla paziente.

Si contattata telefonicamente l'unità operativa di terapia intensiva pneumologica per richiedere la disponibilità ad accogliere la Signora R.A. Una volta ottenuta la conferma, si somministra aerosol broncodilatatore con salbutamolo, beclometasone dipropionato, ed ipratropio bromuro.

Alle ore 5.43, pochi minuti prima del trasferimento della paziente in UTIP, si esegue l'ultimo controllo EGA che conferma il successo terapeutico del caso: pH 7.34, paCO₂ 90.1 mmHg, PaO₂ 59.6 mmHg (con FiO₂ 0.23). I parametri vitali registrati sono: GCS 15, FC 92 r b/m', FR 24 atti/m', SpO₂ 92%, PA 115/56 mmHg.

Discussione

Il caso della signora R.A. presenta indubbiamente molti spunti di riflessione: in prima battuta l'applicazione di metodica ventilatoria non invasiva a fronte di un livello di coscienza iniziale inferiore a GCS 10, che rappresenta una controindicazione all'istituzione di NPPV secondo le linee guida dell'American Thoracic Society⁶; l'esperienza di chi scrive in realtà suggerisce che a fronte di stati di grave depressione della coscienza dovuti ad ipercapnia importante, ma con riflessi protettivi ancora integri, sia comunque possibile ottenere notevoli progressi clinici. Ad oggi all'interno del Dipartimento di Emergenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi non si sono registrate complicanze da NPPV in questa numerosa categoria di pazienti trattati. A supporto razionale dell'approccio sostenuto vi sono le linee guida della British Thoracic Society nelle quali si afferma che le controindicazioni alla ventilazione non invasiva sono da considerarsi mai assolute, ma piuttosto costituite da ambiti per la quale sinora non è stata sperimentata⁷.

Il trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta nei disordini della gabbia toracica (cifosi spiccata, cifoscoliosi) mediante l'utilizzo di ventilazione non invasiva è ad oggi descritto solo in pochi studi. È stata eseguita una ricerca sul Medline utilizzando le seguenti parole chiave combinate diversamente tra loro: "noninvasive mechanical ventilation", "kyphosis", "niv", "nppv", "kyphoscoliosis". I limiti della ricerca impostata sono stati: età adulta, lingua

inglese e presenza di abstract. Gli articoli reperiti complessivamente sono stati 14: di questi, 8 sono stati scartati perché facenti parte di letteratura secondaria, oppure studi originali non pertinenti all'argomento.

I lavori esaminati non forniscono evidenze sufficientemente forti a comprovare l'efficacia del trattamento nell'ambito clinico in oggetto. Infatti le poche sperimentazioni e serie di casi pubblicate finora sono relative a condizioni di sola cronicità, all'applicazione della metodica perlopiù di notte e al domicilio, ed all'utilizzo di maschera nasale⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³. Nello specifico *case report*, invece, la paziente trattata era affetta da grave insufficienza respiratoria cronica riacutizzata, all'interno di un grande dipartimento di emergenza, con la necessità di effettuare supporto ventilatorio non invasivo mediante maschera oro-nasale, data l'impossibilità a fornire alcuna collaborazione a causa del livello di coscienza eccessivamente depresso.

Per quanto riguarda l'elemento chiave del caso clinico della signora R.A., cioè l'applicazione di un collare cervicale rigido a sostegno del capo per impedire l'ipoventilazione determinata dalla flessione anteriore del collo sul torace, la ricerca di fonti compiuta sempre sul Medline utilizzando la parola chiave "cervical collar" in combinazione con le precedenti, non ha prodotto alcun risultato. Nonostante la precoce manifestazione di complicanze già descritte in studi su volontari sani¹⁴, quali dolore vivo in sede occipitale e comparsa di lesioni da compressione di 1° e 2° stadio dopo circa 4 ore di trattamento sui punti di appoggio toracici anteriori e posteriori, il collare è stata l'unica soluzione approntabile per evitare l'intubazione tracheale della paziente permettendo alla NPPV di effettuare la clearance di CO₂ desiderata e proseguire il trattamento definitivo della propria patologia in terapia intensiva respiratoria mediante ventilazione a pressione negativa.

Bibliografia

- Center for Control Disease and Prevention (CDC). *Guideline for Prevention of Nosocomial Pneumonia*. 1997; MMWR 46(RR-1);1-79. <http://www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml/00045365.htm>
- GROSSMAN RF, FEIN A. *Evidence – based assessment of diagnostic tests for ventila-*

- tor – associated pneumonia** - executive summary. *Chest* 2000;117(4):177S-181S
- LIGHTOWLER JV, WEDZICHA JA, ELLIOTT MW, RAM FS *Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;326(7382):185
- ABRAMSON MJ, CROCKETT AJ, FRITH PA, McDONALD CF *COPDX: an update of guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease with a review of recent evidence*. *Med J Aust* 2006;184(7):342-5
- MASIP J, ROQUE M, BS, SAÑCHEZ B, FERNÁNDEZ R, SUBIRANA M, EXPOSITO JA *Noninvasive Ventilation in Acute Cardiogenic Pulmonary Edema* Systematic Review and Meta-analysis *JAMA*. 2005;294:3124-3130
- American Thoracic Society. *International consensus conferences in intensive care medicine: non-invasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure*. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:283-291
- British Thoracic Society Standards of Care Committee. *Non-invasive ventilation in acute respiratory failure*. *Thorax* 2002;57:192-211
- GONZALEZ C, FERRIS G, DIAZ J, FONTANA I, NUNEZ J, MARIN J *Kyphoscoliotic ventilatory insufficiency: effects of long-term intermittent positive-pressure ventilation*. *Chest*. 2003;124(3):857-62.
- NAUFFAL D, DOMENECH R, MARTINEZ GARCIA MA, COMPTE L, MACIAN V, PERPINA M *Noninvasive positive pressure home ventilation in restrictive disorders: outcome and impact on health-related quality of life*. *Respir Med*. 2002;96(10):777-83
- MASA JF, CELLI BR, RIESCO JA, HERNANDEZ M, SANCHEZ DE COS J, DISDIER C *The obesity hypoventilation syndrome can be treated with noninvasive mechanical ventilation*. *Chest*. 2001;119(4):1102-7
- FERRIS G, SERVERA-PIERAS E, VERGARA P, TZENG AC, PEREZ M, MARIN J, BACH JR *Kyphoscoliosis ventilatory insufficiency: noninvasive management outcomes*. *Am J Phys Med Rehabil*. 2000 Jan-Feb;79(1):24-9
- ELLIS ER, GRUNSTEIN RR, CHAN S, BYE PT, SULLIVAN CE *Noninvasive ventilatory support during sleep improves respiratory failure in kyphoscoliosis*. *Chest*. 1988 Oct;94(4):811-5
- SMITH IE, LAROCHE CM, JAMIESON SA, SHNEERSON JM *Kyphosis secondary to tuberculosis osteomyelitis as a cause of ventilatory failure*. Clinical features, mechanisms, and management. *Chest*. 1996 Oct;110(4):1105-10
- CHENDRASEKHAR A, MOORMAN DW, TIMBERLAKE GA, *An evaluation of the effects of semirigid cervical collars in patients with severe closed head injury*. *Am Surg* 1998;64(7):604-06.

G. Domenighetti, Germano Penati, A. Arosio, Terapia intensiva, Ospedale Regionale, Locarno;
F. Barazzoni, Direzione generale Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona. All in Switzerland
R. Malacrida, Terapia intensiva, Ospedale Regionale, Lugano;
A. Pagnamenta, Terapia intensiva, Ospedale Regionale, Mendrisio;
A. Perren, Terapia intensiva, Ospedale Regionale, Bellinzona.

Il monitoraggio degli eventi avversi nelle 4 unità di terapia intensiva del Cantone Ticino: un rapporto intermedio

Scopo e metodologia

Dati dagli USA mostrano come annualmente gli errori medici rappresentino un tasso di mortalità superiore agli incidenti stradali e ai decessi imputabili al carcinoma del seno. In particolare, il 17% dei pazienti ammessi in terapia intensiva (T.I.) subisce un evento avverso maggiore. Nuovi sistemi e metodologie sono quindi urgentemente necessari per migliorare la sicurezza, identificare i nemici di quest'ultima e, non da ultimo, mantenere un grado elevato di eccellenza dell'istituto ospedaliero. Poche istituzioni, dipartimenti o unità specialistiche, tuttavia, stanno sviluppando strategie e sistemi per la raccolta e l'analisi degli errori, preferendo, all'analisi dei sistemi fallaci, adottare ancora il poco efficiente metodo del biasimo individuale. Abbiamo quindi sviluppato ed implementato un sistema di dichiarazione degli errori (SDE) - di peculiarità non-punitiva, spontanea e di garanzia anonima per il paziente - attuandolo nelle nostre 4 unità di terapia intensiva (33 letti; 3.268 pazienti curati con 9.318 giornate di cura nel 2004) del sistema ospedaliero multisito dell'Ente Ospedaliero Cantonale del Cantone Ticino, con lo scopo di analizzare i fattori che contribuiscono agli incidenti e di utilizzare i dati raccolti per implementare la sicurezza al paziente.

Risultati

Dopo i primi 14 mesi sono stati dichiarati (personale infermieristico: 64%; medici: 35%; altri: 1%) 1.310 quasi errori o errori, soprattutto legati a pazienti molto critici o critici. Solo il 4% degli eventi è accaduto durante un trasporto fuori dalla T.I. La maggior parte degli incidenti avviene nel primo turno infermieristico diurno (51%), mentre il turno notturno risulta quello con meno dichiarazioni (17%; $p < 0.002$). Il 76% degli errori durante procedure invasive avviene in pazienti necessitanti di approcci respiratori e cardio-vascolari, mentre tra le procedure non-invasive, gli errori legati alla comunicazione e alla somministrazione di farmaci sono nettamente prevalenti (32% rispettivamente 50%). Tra gli eventi legati ai farmaci si registra un'alta percentuale di errori legati alla prescrizione medica (23%).

Conclusioni

Il SDE funziona, con il personale infermieristico che rappresenta la fonte più importante di dichiarazione malgrado momenti di demotivazione. I tipi di errore più frequenti sono legati alle dimenticanze, alle disattenzioni nonché alla violazione di linee direttive e di protocolli. Preoccupante è l'alta incidenza di errori legati alla somministrazione dei farmaci e alla comunicazione. L'esperienza accumulata permetterà di capire le barriere di demotivazione legate alla dichiarazione, mentre si sta già implementando progressivamente un sistema di miglioramento per ridurre gli errori legati ai farmaci e ai difetti nella comunicazione.

COMUNICAZIONE

pervenuto il 26/06/07
approvato il 30/09/07