



Scuola Specializzata Superiore
Cure Infermieristiche



GIORNATA DI STUDIO

RESPONSABILITÀ: TERRITORIO AMBIGUO NELLE CURE INFERMIERISTICHE?

8 NOVEMBRE 2007

LA LEGGE E I SUOI LIMITI

AVV. BRUNO BALESTRA

Procuratore pubblico generale del Canton Ticino

Indice

1. Introduzione
2. Principi generali
 - 2.1 Stessi principi di diritto in ambito sanitario o in altri ambiti
 - 2.2 La responsabilità penale del medico e dell'infermiere
3. Tipo di reati
4. Principio del consenso (espreso o tacito)
5. Differenza tra azione e omissione
6. Negligenza
 - 6.1 Differenza tra negligenza e intenzionalità
 - 6.2 Principi: cura in eligendo (scelta), in instruendo (formazione) et in custodiendo (controllo); obbligo di diligenza; nesso di causalità naturale e adeguato fra azione
 - 6.2.1 Cura in eligendo, in instruendo et in custodiendo per il datore di lavoro
 - 6.2.2 L'obbligo di diligenza non è stato rispettato
 - 6.2.3 Nesso di causalità naturale e adeguato fra azione e conseguente prevedibile danno
 - 6.2.4 Rischio accresciuto
7. Conclusione

1. Introduzione

Le sempre maggiori diversificazioni dei ruoli e il rispettivo aumento delle specializzazioni, intese ad una presunta ottimizzazione della produzione e delle prestazioni di servizi sul modello di un'enorme catena di montaggio sociale, aumentano pretese di qualità, velocità e risparmio.

In realtà ciò diminuisce sempre più una visione globale dei problemi aumentando un'insicurezza generale.

L'aumento di protocolli di lavoro rischia di favorire una deresponsabilizzazione e comunque non può supplire al necessario aumento di una comunicazione interna al team.

La ricerca di un giusto equilibrio fra obiettivi, grandezza della struttura, risorse, organizzazione e comunicazione è la sfida sempre più attuale di questa società a tutti i livelli e in tutti i settori.

Non possono pertanto esistere soluzioni semplici o chiare che esulano dalla realtà, specie da quella contemporanea.

Sempre più importante diventa quindi la consapevolezza della individuale insicurezza determinata da eccessive pretese di qualità e velocità.

Tale insicurezza può essere ridotta solo con un maggior investimento di tempo nella comunicazione e nella fiducia, non certo nell'exasperata ricerca di regole scritte dietro cui limitare le proprie responsabilità.

Un atteggiamento di serena comunicazione, che generi fiducia e sicurezza, è ancor più necessario in quei settori maggiormente confrontati con situazioni ad alta emotività quale ad esempio quello sanitario, ma non solo.

2. Principi generali

2.1 Stessi principi di diritto in ambito sanitario o in altri ambiti

La giustizia, nella misura in cui deve valutare il comportamento delle persone, può solo pronunciarsi di caso in caso dopo un evento specifico.

I principi basilari di diritto che regolano la responsabilità penale sono gli stessi per tutte le persone e per tutte le attività.

In altri termini i criteri applicabili agli infermieri per un eventuale atto illecito contro un bene giuridico protetto (ad es. la vita o l'integrità fisica o la salute) non sono diversi in ambito sanitario rispetto ad altri ambiti. Segnatamente, detti principi vengono utilizzati sia per determinare la responsabilità di un infermiere che ha provocato la morte o una lesione ad un paziente, ad es. somministrando in maniera errata un medicamento, sia per determinare la responsabilità di un operaio di cantiere che ha provocato un incidente mortale o una lesione ad un suo collega.

2.2 La responsabilità penale del medico e dell'infermiere

Eccetto la scelta delle attività terapeutiche, la cui responsabilità è di principio solo del medico, non c'è neppure una differenza di principio fra medico ed infermiere nell'ambito della responsabilità penale. Tale differenza nasce semmai dal diverso tipo di conoscenze, competenze e quindi dalla capacità di poter prevedere le conseguenze del proprio agire e intervenire per evitarle. Ne consegue, come già detto, che tanto più complessa è la catena, tanto maggiore e necessaria dovrà essere la comunicazione e la fiducia reciproca per una visione d'insieme.

La responsabilità dell'infermiere dipende dal suo ruolo e dalle competenze a lui attribuite. Ad esempio la responsabilità potrebbe essere condivisa con il medico in caso di esecuzione di ordini medici errati; potrebbe ricadere unicamente sull'infermiere laddove si tratta della cura per il benessere del paziente; infine se la prescrizione ed il dosaggio di un farmaco sono di responsabilità del medico, l'infermiere è responsabile della modalità infermieristica della somministrazione, che in generale è definita dai protocolli dell'ospedale.

Il Tribunale cantonale amministrativo (Tram) nella sua sentenza del 6 novembre 2006 (inc. 52.2006.230, 52.2006.223) ha ritenuto che se da un medico, membro di un'équipe sanitaria, si può pretendere che intervenga per sventare errori evidenti commessi da un collega, ben più difficilmente si può esigere altrettanto da un infermiere, che per quanto esperto possa essere, rimane un ausiliario, privo della preparazione e delle competenze dei suoi superiori. In questo caso, era stato somministrato un medicamento errato al paziente, che in seguito è deceduto. Il Tribunale non ha invece rimproverato all'infermiere di essere incorso in una violazione dei suoi doveri di diligenza per non esser intervenuto con maggior vigore a segnalare l'errore, limitandosi ad interpellare il capo clinica tacitamente (segnatamente, sottoponendogli la fiala di medicamento al fine di ottenere una conferma che dissipasse i suoi dubbi). La mancata reazione di altri medici, giudicata sbagliata, ha in questo caso reso maggiormente scusabile l'atteggiamento dell'infermiere. Per questi motivi, il Tram, in questa circostanza specifica, ha ritenuto che l'omissione di diligenza dell'infermiere non raggiungesse un

limite di gravità tale da giustificare un ammonimento ai sensi della Lsan (norma amministrativa).

Il Tram sebbene abbia deciso che l'infermiere nell'ambito di un'équipe sanitaria disponga di un dovere di diligenza minore rispetto al medico in quanto ausiliario, non lo esime comunque dall'eseguire i compiti che gli competono con diligenza e nel rispetto dei suoi doveri professionali. Peraltro, nel caso in cui dovesse ritenere che **l'ordine impartito dal medico sia errato**, egli ha il diritto ed il dovere di chiedere una **verifica** e al limite nei casi **manifesti** di rifiutarsi di eseguirlo. Altrimenti in caso di morte o lesione dell'integrità fisica o della salute del paziente, oltre al medico anche lui potrebbe essere perseguito penalmente (cfr. SJZ 66, 1970, n. 121).

Evidentemente occorrerà sempre applicare il buonsenso, determinato dalle circostanze, ponderando l'eventuale gravità dell'errore, delle sue conseguenze, nonché l'urgenza della situazione e la rispettiva esperienza delle persone del team.

Alcuni esempi:

- **Esecuzione di istruzioni:** se l'infermiere nell'ambito delle sue mansioni, non esegue le istruzioni ricevute dal suo superiore o previste dal protocollo, lo stesso potrebbe essere responsabile penalmente dell'errore medico in caso di decesso del paziente o danno all'integrità fisica o alla salute. Tuttavia, se l'ordine è sbagliato, è certamente responsabile colui che l'ha ordinato (il suo superiore), ma anche l'infermiere in caso l'errore fosse stato da lui riconoscibile. In questo caso avrebbe dovuto chiedere conferma dell'ordine o informarsi.

- **Esecuzione di un compito specifico:** un l'infermiere con un compito specifico, ad es. un infermiere strumentista che omette di verificare alla fine di un'operazione chirurgica la presenza di tutti gli strumenti utilizzati, commette sicuramente una violazione dei suoi doveri di diligenza.

- **Cura del benessere del paziente:** se l'infermiere ad esempio non ottempera l'obbligo di sorveglianza del paziente, contravvenendo ai suoi doveri (ad esempio se l'infermiere deve sorvegliare il paziente, cambiargli le medicazioni, la flebo, ecc , e non lo fa o sbaglia le medicazioni o il dosaggi dei farmaci prescritti) potrebbe essere perseguito penalmente per non aver eseguito le operazioni richieste secondo il protocollo dell'ospedale ed il paziente ha subito un danno alla salute.

- **Cartella clinica:** la stesura della cartella con un inter dell'evoluzione del paziente è un elemento fondamentale per migliorare la comunicazione delle informazioni e ovviare al rischio che notizie verbali si perdano per dimenticanza o cambiamento di turni. Tanto più precise saranno le annotazioni sullo stato del paziente, tanto meglio si potranno definire i sintomi o l'assenza di sintomi. E' altresì evidente che la sola cartella, in casi urgenti non può supplire all'obbligo di informazione puntuale verbale.

3. Tipo di reati

Gli infermieri, quali operatori sanitari, rispondono per i loro errori, sia in sede civile sia in sede penale, sia davanti all'autorità amministrativa. La responsabilità civile, nella misura in cui è di natura contrattuale, non si fonda sulla colpa, ma sull'inadempimento. La responsabilità penale ha un aspetto punitivo marcato e colpisce solo la persona che ha commesso un atto penalmente perseguibile. La sanzione penale presuppone un atto illecito ad un bene giuridico protetto (ad es. vita, integrità fisica e la salute) da parte di una persona, la quale è personalmente responsabile del suo comportamento. Come già detto il diritto penale non prevede un articolo specifico che sanzioni l'errore medico. Il Codice penale svizzero (CPS) contiene determinati articoli di legge che sanzionano dei comportamenti illeciti indipendentemente se avvengono nel settore sanitario o in un altro campo.

I principali reati che potrebbero in caso di errori sanitari essere ritenuti rilevanti sono i seguenti:

omicidio colposo (art. 117CPS), lesioni personali gravi (art. 122 CPS), lesioni personali semplici (art. 123 CPS), lesioni colpose (art. 125 CPS), abbandono (art. 127 CPS), omissione di soccorso (art. 128 CPS).

Ancorché non direttamente connessi con il cosiddetto errore sanitario, ritengo doveroso ricordare, proprio perché norme specifiche per la categoria, le fattispecie di:

falso certificato medico (art. 318 CPS) e violazione del segreto professionale (art. 321 CPS).

Chi si è reso responsabile di un errore medico può essere perseguito dal Ministero pubblico (MP). Il MP quale autorità inquirente in caso di notizia di reato persegue d'ufficio, non appena ne ha notizia, i reati considerati gravi (omicidio colposo, lesioni gravi, abbandono, omissione di soccorso) rispettivamente su querela i reati considerati meno gravi (lesioni semplici). Dovere della giustizia è accertare l'eventuale esistenza di un errore medico e, se del caso, identificarne il/i responsabile/i.

A tal fine occorre esperire gli accertamenti del caso, segnatamente interrogare in qualità di indiziati i possibili autori dell'errore (ad es. i membri dell'equipe medica), sentire eventuali testimoni, ordinare l'autopsia, effettuare perquisizioni (cartelle mediche) e perizie. Sostanzialmente il criterio non si discosta dai necessari accertamenti diagnostici effettuati in campo sanitario.

4. Principio del consenso (espreso o tacito)

Ogni trattamento medico, ledente l'integrità corporale o la salute, adempie la fattispecie delle lesioni corporali. Il medico tuttavia è esente da colpa se ha agito con il consenso del paziente o sulla base di circostanze scriminanti (DTF 99 IV 208 consid. 3 e 4). Il **consenso espresso o tacito del paziente** comprende solo l'esecuzione secondo le regole dell'arte medica dell'intervento medico. Il consenso può riferirsi solo a quei rischi

che sono legati con l'esecuzione dell'intervento in maniera doverosa, ma non per le conseguenze indesiderate che sono da imputare ad un errore di trattamento.

In caso di una violazione del dovere di diligenza, l'illiceità è data anche se il paziente ha dato il suo consenso (DTF 123 II 577 consid. 4d/ee).

Il paziente ha diritto di essere informato in maniera chiara ed appropriata sul suo stato di salute, sugli esami e i trattamenti che potrebbero essere intrapresi, sulle conseguenze ed i rischi di eventuali complicazioni, sul pronostico e sull'aspetto finanziario del trattamento. Pertanto, l'operatore sanitario deve informare spontaneamente il paziente. Deve comunicargli in maniera oggettiva e completa tutte le informazioni necessarie in modo che il paziente possa acconsentire ad un trattamento con cognizione di causa. Il paziente ha il diritto di porre delle domande, di domandare delle spiegazioni e di segnalare se non ha capito l'informazione. L'informazione può essere limitata o assente nel caso il paziente rinunci in maniera chiara ad essere informato e nei casi d'urgenza, dove l'informazione viene fatta più tardi.

Non solo la problematica del cosiddetto consenso informato, ma anche di assecondare gli eventuali desideri del paziente, ci pongono sempre più a confronto con **problemi etici non indifferenti**. Possiamo pensare ad esempio alla necessità di interpretare o presumere la volontà del paziente rispettando il suo volere e non il nostro o, viceversa, al diritto di un operatore sanitario di rifiutarsi di assecondare un paziente quando le sue richieste urtano personali criteri etici o morali. Mi riferisco alla sempre più discussa tematica dell'**aiuto al suicidio**.

5. Differenza tra azione e omissione

Si rende punibile penalmente chi attraverso un comportamento illecito produce un danno ad un bene giuridico protetto. L'evento può essere causato da un atto commissivo come anche da un atto omissivo.

Nel caso di reato per omissione, l'agente deve trovarsi in una posizione di responsabilità che comporta un obbligo di azione (ruolo di garante) nei confronti del bene protetto (infermiere nei confronti del paziente, madre nei confronti del proprio figlio). La posizione di garante ha un significato centrale. Il garante è colui che ha l'obbligo d'impedire il prodursi di un evento. La posizione di garante è data dalla legge, o da un contratto, oppure ancora da altre particolari situazioni come ad esempio il fatto di mettere un gruppo di persone in una situazione potenzialmente pericolosa (ad esempio le escursioni in alta montagna) o dal fatto di aver creato una situazione di pericolo con un precedente atto (ad esempio scavo di un buco non segnalato).

Nel caso dei medici e del personale di cura, la posizione di garante deriva da un obbligo contrattuale e permane finché sussiste tale dovere.

Pertanto, un infermiere, che deve occuparsi del benessere del paziente e non ne segnala il peggiorare delle condizioni di salute, potrebbe essere ritenuto responsabile per tale omissione se per il degenerare della situazione medica il paziente dovesse riportare lesioni temporanee, durature o addirittura letali.

6. Negligenza

6.1 Differenza tra negligenza e intenzionalità

Di principio, salvo che la legge non disponga espressamente in altro modo, è punibile solo colui che commette con intenzione un crimine o un delitto (art. 12 cpv. 1 CPS).

Il reato commesso per negligenza è punibile solo dove la legge lo preveda espressamente. Ad esempio il CPS prevede esplicitamente i reati di omicidio colposo (art. 117 CPS), e lesioni colpose (125 CPS) accanto a quello di omicidio intenzionale (art. 111 CPS), rispettivamente lesioni intenzionali gravi (art. 122 CPS) e semplici (art. 123 CPS).

Nel contesto degli errori sanitari l'indagine è volta all'ipotesi di una violazione colpevole dei doveri di diligenza (negligenza) e non di una violazione intenzionale che evidentemente non può essere qualificata come errore.

L'obbligo di diligenza di un infermiere si può desumere direttamente dalla responsabilità richiesta dalla sua formazione, dagli obblighi insiti nella sua professione o dai protocolli disposti dall'ospedale.

La definizione di negligenza è fissata all'art. 12 cpv. 3 CPS.

³ Commette per **negligenza** un crimine o un delitto colui che, per un'imprevidenza colpevole, non ha scorto le conseguenze del suo comportamento o non ne ha tenuto conto. L'imprevidenza è colpevole se l'autore non ha usato le precauzioni alle quali era tenuto secondo le circostanze e le sue condizioni personali.

Con negligenza si intende in sostanza che l'agente non ha preso in considerazione le conseguenze del suo comportamento venendo meno al dovere di diligenza a lui richiesto dalle circostanze e dalla sua situazione personale.

6.2 Principi:

**cura in eligendo (scelta), in instruendo (formazione) et in custodiendo (controllo);
obbligo di diligenza;
nesso di causalità naturale e adeguato fra azione e conseguente prevedibile danno;
rischio accresciuto.**

Se in ambito civile il datore di lavoro può liberarsi da un'eventuale responsabilità per atti commessi dal proprio dipendente, dimostrando di aver nei confronti del dipendente rispettato la cura in eligendo, in instruendo et in custodiendo. In ambito penale, devono essere considerati altri fattori. L'evento era prevedibile ed evitabile, il nesso causale era adeguato? L'azione o l'omissione erano adatti a provocare l'evento? La scala gerarchica deve essere presa in considerazione oppure per chi era prevedibile il danno, la responsabilità è data, indipendentemente dalla scala gerarchica? Prevedibilità del danno anche nella scala gerarchica.

6.2.1. Cura in eligendo, in instruendo et in custodiendo per il datore di lavoro

Il datore di lavoro sul piano civile è responsabile dei danni causati dai suoi impiegati nei confronti dei suoi contraenti (art. 101 CO) o di terzi (art. 55 CO). Ha quindi l'obbligo giuridico di sorvegliare sulle misure di precauzione necessarie che i suoi dipendenti prendono per evitare il realizzarsi di un danno; assume in particolare la cura in eligendo (cura nel scegliere un ausiliario), in instruendo (cura nell'istruire un ausiliario) et in custodiendo (cura nel sorvegliare l'ausiliario) (Oftinger/stark, schweizerische, Haftpflichtrecht, Bes. Teil, II/1, 4e, Auflage, Zrich 1987 n 131 p. 335). Quindi riveste una **posizione di garante**. Nel caso in cui un dipendente nell'esecuzione del suo lavoro commetta un omicidio colposo, le autorità determinano se il datore di lavoro ha leso il suo dovere di diligenza, segnatamente in quale misura avrebbe dovuto prenderla (DTF 117 IV 130).

6.2.2 L'obbligo di diligenza non è stato rispettato

La violazione delle regole dell'arte medica rappresenta un indizio per un comportamento imprevedente. L'imprevidenza è colpevole se l'agente non ha usato le precauzioni alle quali era tenuto secondo le circostanze e le sue condizioni personali (art. 12 cpv. 3 CP).

Per ammettere la negligenza occorre quindi che l'agente, facendo uso della diligenza che si imponeva oggettivamente e che da lui poteva soggettivamente essere pretesa, sia stato in grado di prevedere ed impedire l'evento dannoso (DTF 121 IV 10 consid. 3).

Nel caso in cui vi siano delle norme che delimitino un comportamento, si determina il livello della diligenza richiesto in primo luogo secondo tali norme. Questo non esclude che la negligenza possa essere rimproverata anche sulla base delle regole di diritto generali, che si riduce sostanzialmente al buon senso (DTF 130 IV 7 consid. 3.3. pag. 11, DTF 106 IV 80).

6.2.3 Nesso di causalità naturale e adeguato fra azione e conseguente prevedibile danno

Si ritiene che per l'autore il danno fosse prevedibile ed il rischio evitabile quando secondo la comune esperienza sul normale andamento delle cose il suo comportamento è stato idoneo a causare un danno come quello che si è verificato o a renderlo possibile (DTF 130 IV 7 consid. 3.2).

Dopo aver stabilito che l'autore è venuto meno al suo obbligo di diligenza, tra il comportamento colpevole contrario a un dovere di prudenza e il risultato deve sussistere un rapporto di causalità naturale e adeguato.

Un rapporto di causalità naturale è dato quando il comportamento colpevole è una condizione necessaria per il verificarsi dell'evento; in altri termini è escluso un nesso causale naturale se l'evento non si sarebbe verificato in assenza di tale comportamento, ancorché non ne sia la causa unica (sentenza del Tribunale federale 6S.297/2003 del 14 ottobre 2003, consid 4 pag. 7, DTF 115 IV 199 consid 5b e rinvii pag. 206). La causalità naturale deve poi essere adeguata, è necessario quindi stabilire

se il comportamento dell'agente sia **idoneo**, secondo il prevedibile andamento ordinario delle cose e l'esperienza generale della vita, a cagionare o a favorire il verificarsi dell'evento (DTF 130 IV 7 consid 3.2, pag. 10).

6.2.4 Rischio accresciuto

Per quanto attiene alla causalità in ambito medico spesso si è confrontati con atti qualificabili come reati per omissione impropria. Secondo il Tribunale federale, perché vi sia reato omissivo improprio occorre, da un lato che l'agente si trovi in una posizione di responsabilità che comporta un obbligo di diligenza (ruolo di garante) e dall'altro che l'omissione sia in nesso causale con l'evento. La causalità in questo senso non è quindi diretta quanto piuttosto ipotetica, quindi per poter accertare l'esistenza di un nesso di causalità ipotetico tra il danno ed comportamento omissivo, il diritto ha sviluppato il concetto del rischio accresciuto.

Spesso nell'analisi a posteriori di un evento è difficile, se non impossibile, provare con certezza quali sarebbero state le conseguenze concrete di fronte ad un comportamento diverso da parte dei sanitari. Non si può in effetti riportare in vita il paziente e provare a correggere l'errore. Per questo motivo parte della dottrina sostiene la teoria del rischio accresciuto che il Tribunale federale in DTF 116 IV 306 consid 2a pag. 310, non sembra aver scartato a priori.

Secondo tale teoria il nesso di causalità va ammesso già quando esiste la **possibilità** che compiendo l'atto omesso, l'autore avrebbe potuto evitare l'evento.

7. Conclusione

Come già anticipato nell'introduzione, è impossibile dare indicazioni assolute ed esaustive che possano rappresentare una garanzia e una sicurezza per ognuno di voi. Chi cercava queste risposte sicuramente rimarrà deluso perché non esistono. L'errore per tutti noi è sempre dietro l'angolo e nessuno è infallibile. Alcuni criteri che vi ho indicato permettono forse di riappropriarsi della responsabilità sui propri doveri con una consapevolezza sul rischio più grosso, che è quello di una deresponsabilizzazione generale.

Le uniche certezze vanno cercate con umiltà nel proprio impegno e coscienza professionale, nel rispetto e nella comunicazione, collaborativi con i colleghi del team, nel miglior interesse del paziente.



La legge e i suoi limiti

**Giornata di studio sulla responsabilità: territorio
ambiguo nelle cure infermieristiche?**

Lugano, 8 novembre 2007

1. Introduzione

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- Insicurezza nella società
- Velocità
- Perfezionismo
- Razionalizzazione, protocolli,
deresponsabilizzazione

2. Principi generali

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- Stessi principi di diritto in ambito sanitario o in altri ambiti.
- Non c'è differenza tra medico ed infermiere nell'ambito della responsabilità penale.
 - La differenza nasce dal tipo di competenze e dal ruolo.
 - Tanto più complessa è la catena tanto maggiore è necessaria la comunicazione e la fiducia reciproca.

2. Principi generali

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- L'infermiere ha diritto di rifiutarsi di eseguire un ordine errato del medico?
- In caso di dubbio: approfondire o informare.
- Stress, mancanza di tempo (urgenza) e valutazione del rischio per il paziente.
- Obbligo di diligenza dell'infermiere a seconda del ruolo e competenza:
 - Nell'esecuzione di ordini di superiori;
 - Nell'ambito delle proprie mansioni (benessere del paziente);
 - Nella somministrazione di medicinali;
 - Nella stesura della cartella clinica.

3. Tipo di reati

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- Reati previsti nel CPS:
 - Reati contro la vita e l'integrità della persona: art. 117, art. 122, art. 123, art. 125, 126, 128 CPS, etc.
 - Falso certificato medico (art. 318 CPS)
 - Violazione del segreto professionale (art. 321 CPS)



Art. 117 CP: omicidio colposo

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

Chiunque per negligenza cagiona
la morte di alcuno è punito con
una pena detentiva sino a tre anni
o con una pena pecuniaria.

Art. 125 CP: lesioni colpose (lesioni personali)

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

1. Chiunque per negligenza cagiona un danno al corpo o alla salute d'una persona è punito, a querela di parte, con una pena detentiva sino a tre anni o con una pena pecuniaria.
2. Se la lesione è grave, il colpevole è perseguito d'ufficio.

4. Principio del consenso

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- Principio del consenso:
 - Manifesto o tacito
- Obbligo d'informare sui rischi di una terapia o di un intervento
- Problemi etici legati al consenso
- Aiuto al suicidio

5. Differenza tra azione e omissione

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- L'evento può essere causato da:
 - un atto commissivo
 - un atto omissivo
- Il ruolo di garante

6.1 Negligenza

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- Differenza tra:
 - Reato intenzionale
 - Reato per negligenza
- Art. 12 cpv. 3 CPS

6.1 Negligenza: art. 12 cpv. 3 CPS

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- 3 “Commette per **negligenza** un crimine o un delitto colui che, per un’imprevidenza colpevole, non ha scorto le conseguenze del suo comportamento o non ne ha tenuto conto. L’imprevidenza è colpevole se l’autore non ha usato le precauzioni alle quali era tenuto secondo le circostanze e le sue condizioni personali.”
- ☞ *Con negligenza si intende in sostanza che l’agente non ha preso in considerazione le conseguenze del suo comportamento venendo meno al dovere di diligenza a lui richiesto dalle circostanze e dalla sua situazione personale.*

6.2.1 Cura in eligendo, in instruendo et in custodiendo

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

In ambito civile il datore di lavoro può liberarsi da un'eventuale responsabilità per atti commessi dal proprio dipendente, dimostrando di aver nei confronti del dipendente rispettato:

- la cura in eligendo: cura nel scegliere il dipendente
- la cura in instruendo: cura nell'istruire il dipendente
- la cura in custodiendo: cura nel sorvegliare il dipendente

☞ Pertanto, il datore di lavoro deve sorvegliare il proprio dipendente in modo che lo stesso prenda le necessarie misure di precauzione al fine di evitare il prodursi di un danno.

6.2.2 Obbligo di diligenza non è stato rispettato

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- La violazione delle regole dell'arte medica rappresenta un indizio per un comportamento imprevedente.
- Per ammettere la negligenza occorre quindi che l'agente, facendo uso della diligenza che si imponeva oggettivamente e che da lui poteva soggettivamente essere pretesa, era in grado di prevedere ed impedire l'evento dannoso (DTF 121 IV 10 consid. 3).

6.2.3 Nesso di causalità naturale e adeguato fra azione e conseguente prevedibile danno

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

- Un rapporto di **causalità naturale** è dato se il comportamento colpevole raffigura la **condizione necessaria** dell'evento, ossia se non può essere tralasciata senza che l'evento venga meno, ancorché non sia la causa unica.
- La causalità naturale deve poi essere **adeguata**, è necessario quindi stabilire se il comportamento dell'agente sia **idoneo**, secondo il prevedibile andamento ordinario delle cose e l'esperienza generale della vita, a cagionare o a favorire l'evento.
- Per l'autore detto evento deve inoltre essere **prevedibile ed evitabile**.

6.2.4 Teoria del rischio accresciuto

Responsabilità: territorio ambiguo
nelle cure infermieristiche?

Il diritto per poter accertare l'esistenza di un nesso di causalità ipotetico tra il danno ed comportamento omissivo, ha sviluppato il concetto del rischio accresciuto.

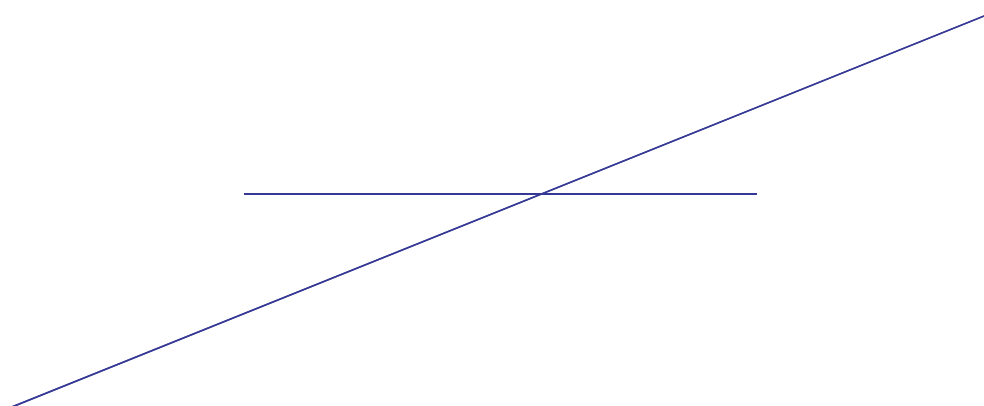
☞ *Secondo tale teoria il nesso di causalità va ammesso già quando esiste la **possibilità** che compiendo l'atto omissivo, l'autore avrebbe potuto evitare l'evento.*

7. Conclusione

- Impossibilità di dare indicazioni assolute
- Consapevolezza dell'errore
- Evitare la deresponsabilizzazione generale
- Le uniche certezze vanno cercate:
 - nel proprio impegno e coscienza professionale
 - nel rispetto
 - nella comunicazione
 - nell'essere collaborativi con i colleghi del team
 - nel miglior interesse del paziente



Grazie per l'attenzione.



GIORNATA DI STUDIO
RESPONSABILITÀ: TERRITORIO AMBIGUO NELLE CURE
INFERMIERISTICHE?
8 NOVEMBRE 2007

LA LEGGE E I SUOI LIMITI

AVV. BRUNO BALESTRA
Procuratore pubblico generale del Canton Ticino

SINTESI

1. Introduzione

Insicurezza nella società, velocità, perfezionismo, razionalizzazione, protocolli e deresponsabilizzazione.

2. Principi generali

I principi basilari di diritto che regolano la responsabilità penale sono gli stessi per tutte le persone e per tutte le attività così come in ambito sanitario o in altri ambiti. Non c'è differenza tra medico ed infermiere nell'ambito della responsabilità penale. La differenza nasce dal tipo di competenze e dal ruolo. Tanto più complessa è la catena tanto maggiore è necessaria la comunicazione e la fiducia reciproca. Diritti e doveri dell'infermiere: diritto di rifiutarsi, obbligo di approfondire o di informarsi in caso di dubbio, stress, mancanza di tempo (urgenza) e valutazione del rischio per il paziente, obbligo di diligenza dell'infermiere a seconda del ruolo o competenza nell'esecuzione di ordini di superiori, delle proprie mansioni, nella somministrazione di farmaci e nella stesura cartella clinica.

3. Tipo di reati

Reati contro la vita e l'integrità della persona (art. 117, art. 122, art. 123, art. 125, 126, 128 CPS), falso certificato medico (art. 318 CPS) e violazione del segreto professionale (art. 321 CPS).

4. Principio del consenso (espreso o tacito)

Ogni trattamento medico, ledente l'integrità corporale o la salute, adempie la fattispecie delle lesioni corporali. Il medico tuttavia è esente da colpa se ha agito con il consenso del paziente o sulla base di circostanze scriminanti. Obbligo d'informare sui rischi di una terapia o di un intervento. Problemi etici legati al consenso e aiuto al suicidio.

5. Differenza tra azione e omissione

Si rende punibile penalmente chi attraverso un comportamento illecito produce un danno ad un bene giuridico protetto. L'evento può essere causato da un atto commissivo come da un atto omissivo. Ruolo di garante.

6. Negligenza

Di principio, salvo che la legge non disponga espressamente in altro modo, è punibile solo colui che commette con intenzione un crimine o un delitto. Differenza tra un reato commesso per negligenza o per intenzionalità. Definizione di negligenza secondo l'art. 12 cpv. 3 CPS.

Se in ambito civile il datore di lavoro può liberarsi da un'eventuale responsabilità per atti commessi dal proprio dipendente, dimostrando di aver rispettato la cura nella scelta, nella formazione e nel controllo nei confronti del dipendente. In ambito penale, devono essere considerati altri fattori. L'evento era prevedibile ed evitabile? Il nesso causale naturale tra comportamento imprevedibile e danno è anche adeguato? Il nesso di causalità va ammesso già quando esiste la possibilità che compiendo l'atto omissivo, l'autore avrebbe potuto evitare l'evento (teoria del rischio accresciuto)?

7. Conclusione

Impossibilità di dare indicazioni assolute. Consapevolezza dell'errore. Evitare la deresponsabilizzazione generale. Le uniche certezze vanno cercate nel proprio impegno e coscienza professionale, nel rispetto, nella comunicazione, nell'essere collaborativi con i colleghi del team e nel miglior interesse del paziente.

GIORNATA DI STUDIO

RESPONSABILITÀ: TERRITORIO AMBIGUO NELLE CURE INFERMIERISTICHE?

8 NOVEMBRE 2007

ASPETTI ETICI DELLA RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA

PAOLO CATTORINI

Univ. Studi Insubria, Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Varese; professore e consulente di etica

Educare/formare/addestrarsi all'etica della responsabilità significa imparare a *rispondere* non a mansionari, né a codici, né a flow chart decisionali, ma alla voce della coscienza che chiede che cosa sia giusto o sbagliato, buono o cattivo in merito ad una complessa situazione clinica, di cui l'infermiere coglie le variabili con occhio originale e autonomo. Ed ovviamente significa assumersi gli oneri morali di ciò che si è colto e deciso di attuare. L'etica precede, accompagna e segue criticamente l'indicazione normativa, che vale in generale, mentre la responsabilità morale si percepisce e si conferma rispetto a situazioni irripetibili ed individuali. Gli obiettivi del training in bioetica clinica (intendiamo l'etica come la giustificazione razionale delle valutazioni morali) riguarda quindi non solo l'offerta di conoscenze etiche rilevanti, ma anche l'arte di applicarle in situazione e l'addestramento della qualità umane e professionali dell'allievo.

Possiamo schematizzare le dimensioni della responsabilità seguendo i *principi dell'etica biomedica*. Quello di autonomia esige che si onorino le libere scelte del malato, che si rispettino da parte dei sanitari le richieste del malato formulate in modo libero ed informato, ed in senso più lato che si promuova e si alimenti l'autonomia decisionale di chi si affida alle cure di un medico o di un infermiere. Il principio di beneficenza e quello di non-maleficenza sono come i due lati della medesima medaglia. Il dovere di beneficenza chiede al sanitario di fare il bene del malato, di rimuovere il male che l'ha colpito e se possibile di prevenire (altri) danni. Il dovere di non-maleficenza si limita a vietare di arrecare danno al malato, nella linea del motto "ippocratico": «primum non nocere». Il principio di giustizia esige che si valutino le ricadute, le conseguenze sociali (ossia gli effetti positivi o negativi su terzi) di una decisione clinica presa nell'interesse di un malato e che si ripartiscano equamente i vantaggi e gli svantaggi, i benefici e gli oneri complessivi (attuali e futuri, immediati e a lunga scadenza) provenienti da un'azione inizialmente progettata e realizzata all'interno della diade infermiere-paziente. Questo principio entra in gioco particolarmente nell'allocazione delle limitate risorse sanitarie e nella compilazione di liste d'attesa per le cure. Il recente film *Sicko* di Moore è un buon esempio di corrosiva analisi di un sistema allocativo, quello Usa, proprio in riferimento alla

sua giustizia o ingiustizia. Il principio d'integrità morale della professione potrebbe essere formulato così, indirizzandolo all'infermiere: "esigi di essere trattato come una persona autonoma e come un buon professionista infermiere"; esigi cioè di essere rispettato nelle tue proprie opzioni morali (prese *secondo coscienza*: come si vede è una sorta di principio di autonomia ribaltato sul versante del professionista) ed in quei criteri di condotta che si basano sullo standard ritenuto valido dalla comunità infermieristica del tuo tempo (è il diritto di agire *secondo scienza*). Il sanitario non è dunque, secondo quest'ultimo principio, un esecutore acritico ed automatico delle richieste dell'utente, è invece una persona che ha legittime posizioni morali (e che quindi può obiettare per ragioni etiche individuali ad una richiesta -ad esempio- di interruzione della gravidanza) ed è un professionista che non è disponibile a convalidare o attuare, dietro compenso, pratiche magiche o da ciarlatano, che siano prive della dovuta verifica sperimentale.

C'è una sequenza del film *Di chi è la mia vita?* [USA 1981, regia di John Badham con Richard Dreyfuss, John Cassevetes, Christine Lahti] che mi ha sempre dato da pensare: una giovane allieva infermiere commette un errore e il malato teraplegico quasi cade dal letto. Noi vediamo il mondo a testa in giù come lo vede lui. Ma il paziente, che pure vuol lasciarsi morire, non ce l'ha con la donna, capisce che si può sbagliare e pretende dall'equipe non la perfezione tecnica, ma la responsabilità etica verso di lui come persona, il che implica anche un buon training tecnico, ma comporta sempre qualcosa di più. Il malato vuole che si sia *veri con lui* e ciò implica due cose: che si comunichi con lui in modo maturo e che l'equipe a sua volta comunichi al proprio interno in forme psicologicamente ed eticamente adeguate. L'errore infermieristico e il burn out si prevencono anche così. Ma che cosa rende difficile questa *responsabilità comunicativa*?

C'è una prima falsa dicotomia da sfatare: quella fra organizzare/produrre o comunicare. In realtà senza una comunicazione (entro l'equipe e fra equipe e utente) non si offre alcun servizio, dato che il servizio è teso al bene del paziente e non al funzionamento di un apparato. Inoltre la comunicazione entro l'equipe ricomponete le molte facce, spesso frantumate, contraddittorie, transitoriamente dissociate, del vissuto del malato. In secondo luogo la comunicazione esige un'organizzazione: un tempo, uno spazio, un setting, una procedura, un training. Le parole sono come un antibiotico, un bisturi, un lenitivo. Comunicando, i sentimenti si chiariscono e nei sentimenti è celata una percezione morale. Dobbiamo dunque domandarci: quale investimento fanno le équipes e le organizzazioni in questo training etico-psicologico?

La seconda falsità è che informare equivalga a comunicare. Ma è proprio così? Una macchina può dare informazioni corrette (evidence based), ma solo due esseri umani comunicano. Ebbene, l'equipe e l'istituzione da che parte scelgono di stare? Comunicare significa necessariamente entrare nel vissuto di malattia di chi sta male e mettere tale vissuto in risonanza con il proprio. Ora nel vissuto di malattia c'è una radicale turbolenza morale, poiché il malato avverte lo scandalo del male, ricerca un senso per curarsi, spera di trovare alleati, vive con fatica l'attesa di un miglioramento. Come si vede sono in gioco visioni del mondo e valori etici. L'infermiere è pronto a coglierli e a riferirne in equipe? Per comunicare -dicevamo- occorre tempo e competenze: il tempo come risorsa e condizione comunicativa, anche per le équipes, anche per le istituzioni. Prova a guardare alla tua organizzazione come farebbe un antropologo culturale e domandati: stiamo ponendo il setting giusto, i gesti, i riti, gli spazi e i tempi idonei a questo fine comunicativo? Non accade piuttosto che a volte noi utilizziamo la tecnica come fuga dalla relazione? E l'ottica specialistica come miope evasione dalla comunicazione? Se è così non sorprende che

alcune sceneggiature immaginino “sequestri” di sanitari da parte di malati, come nei film *Verso il sole* oppure *John Q.*

Il malato percepisce sempre la qualità della comunicazione interna allo staff e percepisce anche se, oltre che *dire la verità*, i sanitari sono *veri fra loro*. Subordina quindi il suo consenso al tipo di prossimità che vede realizzata nei propri confronti da parte dell'istituzione/organizzazione curante. Ad esempio percepisce i tabù del gruppo, il non detto, la semplificazione affettiva. In particolare percepisce se l'organizzazione tiene conto dei *profili etici* della decisione istituzionale o se invece umilia il lavoro dei comitati etici, disprezza gli apporti della consulenza etica, prepara le scelte e le policy attraverso un dialogo interdisciplinare e pluralistico. Contro il dogmatismo-integralismo e contro l'indifferentismo. Ecco perché occorre valorizzare il pluralismo interno: non si fa etica se non si supera l'estraneità morale, se non si riconoscono e mettono in tensione le molte verità che abitano le nostre menti e le nostre equipes.

Vi sono altri ostacoli contro cui cozza l'assunzione di responsabilità etica da parte di un infermiere: l'organizzazione e i suoi ambigui fini: conservarsi o trasformarsi? Terapeutizzare o curare? La medicalizzazione della vita ed il rischio della iatrogenesi culturale: cioè l'esproprio dell'esperienza morale di malattia e cura e la delega in bianco ai medici, come sacerdoti di una nuova religione secolare, in una deriva tecnicistica e a volte aziendalistica. Ma di questi fattori non abbiamo qui lo spazio per un approfondimento. Possiamo però concludere con una nota di speranza: quella di un infermiere alleato del malato, *responsabile* nel garantirgli le condizioni etiche affinché la sua vicenda di sofferenza non sia un tempo di cui liberarsi il prima possibile, ma *un tempo invece da liberare* e trasformare in un'esplorazione coraggiosa dei propri valori, paure, speranze.

Bibliografia del relatore.

Cattorini P., *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Milano, Ed. Masson, 2005³

Cattorini P., *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*, Milano, Ed. FrancoAngeli, 2006²

Cattorini P., *La morte offesa*, Bologna, Dehoniane, 2° rist. 2006

GIORNATA DI STUDIO

RESPONSABILITÀ: TERRITORIO AMBIGUO NELLE CURE INFERMIERISTICHE?

8 NOVEMBRE 2007

ASPETTI ETICI DELLA RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA

PAOLO CATTORINI

Prof. Ordinario di Bioetica, Univ. Studi Insubria, Facoltà di
Medicina e Chirurgia di Varese; già componente del
Comitato nazionale per la bioetica

SINTESI

Premessa. Che cosa vuol dire educare/formare all'etica della responsabilità? Quali sono gli obiettivi del training in bioetica clinica? Che cos'è l'etica? Che cos'è l'etica rispetto alla legge?

Dimensioni della responsabilità.

1. Il principio d'autonomia. Il tramonto del paternalismo sanitario. Gli elementi del consenso informato del malato.
2. Responsabilità di curare. Il principio di beneficenza e di non-maleficenza. Trattamenti proporzionati: che cosa si intende?
3. Responsabilità sociali. Il principio di giustizia. Un esempio: i criteri con cui compilare le liste di attesa.
4. Responsabilità verso se stessi come singoli operatori. Il diritto di agire secondo scienza e coscienza. La cura della propria struttura morale: la consulenza etica individuale. La prevenzione del burn out non è solo una questione psicologica, ma etica.
5. Responsabilità verso l'equipe. Verificare il livello della comunicazione tra operatori. Difficoltà: superspecialismo, scarsità di tempo, vischiosità istituzionali, enfasi sugli aspetti tecnologici (la differenza fra comunicare ed informare).

Film: **Di chi è la mia vita?**

USA 1981,

regia di John Badham

con Richard Dreyfuss, John Cassevetes, Christine Lahti

Bibliografia del relatore

Cattorini P., *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Milano, Ed. Masson, 2005³

Cattorini P., *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*, Milano, Ed. FrancoAngeli, 2006²

Cattorini P., *La morte offesa*, Bologna, Dehoniane, 2° rist. 2006



Scuola Specializzata Superiore
Cure Infermieristiche



GIORNATA DI STUDIO

RESPONSABILITÀ: TERRITORIO AMBIGUO NELLE CURE INFERMIERISTICHE?

8 NOVEMBRE 2007

APPROCCIO SCIENTIFICO E PRATICA INFERMIERISTICA RESPONSABILE

RENZO ZANOTTI

Professore associato - Università di Padova

Premessa

L'infermiere è un professionista del nursing che opera nel campo della salute con obiettivi di sviluppo delle capacità di cura e indipendenza dell'assistito. Diversamente dalla medicina, il nursing non "fa" ma "rende l'altro capace di fare", non cura ma "si prende cura". In estrema sintesi, l'infermiere è il professionista che traduce la scienza dell'assistenza "non-medica" in prassi benefica per il suo assistito. Come per il medico, il fine del suo agire deve costituire un "beneficio" per l'altro e, nell'identificare il contenuto di tale beneficio che è "altro" dalla medicina che pone la sua riflessione e quindi sviluppa la sua scienza.

Il beneficio dell'assistenza infermieristica

Il principio del "bene facere" orienta la riflessione su quale scienza e quale approccio debbano governare la prassi dell'assistenza infermieristica perché questa produca azioni che portano del bene a chi le riceve. Modernamente, il nursing ha orientato tale bene nello sviluppo di consapevolezza ed eventualmente di capacità di risposta dell'assistito perché questo sia indipendente nel senso di "libero da vincoli" non strettamente necessari. L'indipendenza del soggetto è un elemento di intrinseca complessità perché presuppone la sua capacità critica di fare scelte e perseguire lo sviluppo e non limitarsi al mero sostentamento. In tal senso, la scienza del nursing è integrativa e multidimensionale poiché dell'assistito considera la dimensione interiore e la famiglia, la capacità cognitivo-funzionale e la percezione soggettiva di significato attribuito alla salute e alla cura, alla malattia e alla guarigione.

La scienza del nursing

L'approccio disciplinare infermieristico alla dimensione scientifica classica riflette l'intrinseca complessità della fenomenologia che studia e questo si traduce in una molteplicità di scuole di pensiero e di approcci per la ricerca che spaziano da quella empirico-positivista sugli indicatori biologici (Biological Nursing Research) che valida modelli lineari di causa-effetto fino a quella fenomenologico-ermeneutica che scopre significati nella lettura dei segni della persona soggetto o nelle sue relazioni sociali.

La scienza diviene importante nel momento in cui avvertiamo la necessità di comprendere la natura di ciò che osserviamo per poter agire in particolare quando dal nostro agire derivano esiti o conseguenze per l'assistito. La ricerca di scienza è ineluttabile nello sviluppo di tutte le professioni perché si accompagna alla ricerca di sempre maggiore impatto delle proprie scelte, della propria prassi. In definitiva, l'esigenza di scienza deriva dalla ricerca di maggiore efficacia per le proprie azioni.

La responsabilità sui fini e sugli esiti dell'assistenza

La ricerca di maggiore efficacia della prassi infermieristica richiede la definizione degli ambiti di azione indipendente, nel senso di essere tale azione non determinata o diretta da altri. L'indipendenza dell'azione comporta - insieme a visibilità e riconoscimento - anche rischio e quindi conseguenze indesiderate, esiti per i quali bisogna rispondere "assumendosi la responsabilità". Tale responsabilità è per sua natura diversa da quella meramente tecnica legata alla perizia e cura con cui si è attuata una procedura della quale si risponde solo per "come" ma non per il "perché" sia stata fatta. Inevitabile allora che si ricerchi la prassi governata dalle "prove di efficacia" prodotte con il più classico degli approcci scientifici, la sperimentazione clinica controllata randomizzata per aumentare la probabilità di risultato ottimale con minor esposizione al rischio. La disponibilità di tale scienza è ancora minima e non è quindi ancora in grado di governare la prassi e, comunque, non dovrà governare la "scelta" degli obiettivi di assistenza ma solo la loro definizione e le azioni preferibili per raggiungerli una volta scelti.

La scelta dei fini dell'assistenza richiede oltre alla competenza anche la volontà positiva rivolta al massimo beneficio per l'altro e questa è certamente una scelta e quindi una responsabilità individuale del singolo infermiere nel suo personale modo di assistere, quella componente individuale e soggettiva dell'assistenza attuata che Peplau e Rogers insieme consideravano l'"arte" dell'infermiere che si accompagnava alla "scienza" dell'assistenza.

Conclusione

In conclusione, la responsabilità individuale del singolo infermiere di produrre una prassi utile all'assistito comporta prima una riflessione su quale sia il bene da perseguire per questo assistito, qui ed ora. In tale riflessione, la consapevolezza dell'infermiere richiede che la conoscenza dei fenomeni per l'assistenza trovi fondamento nell'etica perché dove la scienza generalizza e sposta sul piano astratto così la prassi riporta al concreto, al singolo, a questa specifica persona - al mio essere e al mio saper pormi rispetto all'altro - al contenuto e all'essenza di umanità di cui sono capace e della quale mi sento portatore che rende l'assistenza "scienza umana" per chi la usa e per chi ne riceve l'effetto. Come dicono i cultori moderni del nursing - l'utilità sociale dell'infermiere è tutta nei risultati che rende possibili e dei quali deve sentirsi ed essere considerato responsabile.

Responsabilità professionale dell'infermiere
nell'ottica sociologica

Antonio Maturo
Università di Bologna

Infermiere

Specialista dell'intimità

Behandlung

Esperto del care e dell'illness

Disease, Illness, Sickness

- *Disease*: aspetti medici della malattia
- *Illness*: il modo attraverso cui la persona vive la propria malattia
- *Sickness*: la malattia per la società

Biomedicalizzazione

- Artificialità
- Risposte mediche a problemi sociali (es. genetica)
- Crescita dei dispositivi tecnologici
- Crescita della burocrazia
- Crescita dei meccanismi di controllo e guida sull'operato dell'infermiere (es. protocolli).

Specificità della professione infermieristica

Coinvolgimento e distacco (tra empatia e neutralità affettiva)

Mutamento della professione come conseguenza della cronicità

Biomedicina non è adatta alla cura delle malattie croniche

Cronicizzazione causa maggior necessità di educazione terapeutica del paziente (responsabilità sociale dell'infermiere)

Evidence Based Nursing (Di Giulio 2003)

- è stato dimostrato che i pazienti che ricevono interventi basati sulla ricerca riportano risultati migliori dei pazienti che ricevono un'assistenza di routine
- dal punto di vista etico è indispensabile erogare interventi dei quali sia stata dimostrata l'efficacia;
- è più facile che venga accreditata una struttura (o un'équipe) che eroga interventi di dimostrata efficacia, ed assiste i pazienti secondo le indicazioni e le linee guida più aggiornate;
- dal punto di vista economico interventi più efficaci hanno, ovviamente, un rapporto costo/efficacia più favorevole rispetto a interventi non efficaci (un intervento inefficace produce, necessariamente, solo costi).

Protocolli

- I protocolli sono schemi di comportamento diagnostico terapeutico predefinito, e/o sequenze di comportamenti ben definiti. I protocolli indicano i comportamenti ritenuti ottimali.

Linee-guida

- Le linee guida sono invece raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico di analisi e valutazione delle sperimentazioni cliniche prodotte su un dato argomento, allo scopo di assistere medici, infermieri e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche. La linea guida è una sintesi (e quindi un tentativo di lettura ed interpretazione) delle informazioni scientifiche disponibili,

EBN

- Presa in carico significa creare un ambiente terapeutico, seguire nel tempo i problemi dei pazienti, garantire la continuità tra ospedale e territorio, e farsi carico anche dei problemi emotivi, e non solo di quelli clinici.
- Prima queste affermazioni facevano solo parte dei criteri di una buona pratica infermieristica di cui si parlava nelle scuole infermieri.
- Studi ed esperienze fanno vedere quanto queste variabili soft, abbiano, di fatto, un impatto importante sul paziente, sulla sua qualità di vita e anche sulla sopravvivenza.

Quando la relazione ha effetti sulla fisiologia...

- Creare un ambiente terapeutico che prende formalmente in carico il paziente con i suoi problemi ma anche i familiari, ed in cui non vengono dati solo interventi tecnici ma anche informazioni, coinvolgimento nell'assistenza, migliora gli esiti, anche per problemi per i quali la medicina, in situazioni estreme, può fare poco.
- Es. **compliance**

Responsabilità dell'infermiere? Responsabilità individuale?

- “Fa parte delle responsabilità e dei doveri dell'infermiere quello di tenere aggiornate le proprie conoscenze. Non si tratta solo di una responsabilità dell'azienda o dell'organizzazione per cui si lavora ma è anche, e soprattutto, una *responsabilità individuale*, ed è un diritto del paziente, quello di ricevere un'assistenza valida e con interventi di documentata efficacia”.
(Di Giulio 2003)

Evidence-Based Nursing

- La scelta su cosa fare, nel quotidiano, non viene fatta solo in base alle prove di efficacia, ma tiene anche conto della situazione, delle preferenze del paziente, del contesto, delle risorse e di una serie di valutazioni personali che, nel bene e nel male, non hanno sempre a che vedere con le prove di efficacia.

Responsabilità dell'infermiere?

- “Saranno le prove di efficacia a guidare i magistrati nella scelta se giudicare colpevole o meno un infermiere?”

Cultura organizzativa

- L'organizzazione sanitaria non coincide con il suo organigramma

Cultura organizzativa

- Secondo Edgar Schein [1990; 1991] una cultura organizzativa si compone di tre livelli.
- ARTEFATTI
- VALORI
- ASSUNTI DI BASE

Germano-Mori 2002

- Il primo riguarda gli *artefatti*, cioè quegli elementi visibili che caratterizzano una qualsiasi organizzazione.
- Questi possono essere fisici, come ad esempio lo stile degli edifici che ne ospitano gli uffici, il tipo d'arredamento, l'abbigliamento dei suoi membri, gli oggetti utilizzati per ornare gli spazi (quadri, poster, soprammobili), i colori dominanti, ecc.
- Oppure possono vantare una natura più astratta e quindi riguardare il tipo di linguaggio che di solito caratterizza i documenti interni, il modo in cui vengono gestite le riunioni, le storie, i miti, le saghe, le metafore che caratterizzano la storia dell'organizzazione.

Cultura organizzativa

- Il secondo piano è invece occupato dai **valori**, termine con cui ci si riferisce ai quadri morali ed alle modalità pratiche d'elaborare soluzioni per i problemi.
- «I fondatori, solitamente, esercitano una grossa influenza sul modo in cui il gruppo si definisce e risolve i suoi problemi di adattamento all'esterno e di integrazione all'interno.» [Schein 1990: 207-208].

Cultura organizzativa

- il terzo livello Schein lo riserva per gli **assunti di base**. Anche in questo caso abbiamo a che fare contemporaneamente con il *logos* e con l'*ethos* di un'organizzazione, ma in una loro manifestazione implicita, data per scontata.
- Gli assunti di base coincidono cioè con quelle convinzioni sulle strategie d'azione talmente radicate negli attori organizzativi da diventare invisibili alla loro stessa coscienza.
- “capire come le cose debbono essere **veramente fatte**”.

Cultura organizzativa

- “capire come le cose debbono essere **veramente fatte**”.

Responsabilità dell'infermiere

- Educazione sanitaria al paziente
- Empowerment del paziente
-
- Rapporto tra responsabilità individuale e cultura organizzativa: **CRUCIALE!**
- Si vedano i case studies...

Bibliografia

- Cipolla C. e Artioli G. (a cura di) (2003), *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*, FrancoAngeli, Mi.
- Di Giulio P. (2003), *Evidence-Based Nursing*, in Giorgino E. e Tousijn W. (a cura di) (2003), op. cit.
- Germano I. e Mori L. (2004), *Multiculturalismo e salute*, in Cipolla (a cura di) (2004), *Manuale di sociologia della salute*, vol. I, Teoria, FrancoAngeli, Mi.
- Giorgino E. e Tousijn W. (a cura di) (2003), *Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica*, "Salute e Società", a.II, n.1, FrancoAngeli, Mi.
- Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Mi.

GIORNATA DI STUDIO

RESPONSABILITÀ: TERRITORIO AMBIGUO NELLE CURE INFERMIERISTICHE?

8 NOVEMBRE 2007

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE NELL'OTTICA SOCIOLOGICA

ANTONIO MATURO

Professore facoltà di scienze politiche - Università di
Bologna - Forlì

SINTESI

Lo scenario sanitario della società attuale è caratterizzato, nel mondo occidentale, da una crescente "cronicizzazione" delle condizioni di salute. Parallelamente si assiste a senilizzazione e aumento generalizzato della spesa sanitaria. Per converso, esplode l'estensione della biomedicina nelle cure di (quasi) qualsiasi patologia. Tuttavia, combattere la disabilità con un massiccio ricorso alla tecnologia è una risposta parziale. L'infermiere ha invece il compito (o l'opportunità o la responsabilità) di fare "rientrare" una dimensione di relazionalità e (quindi) di soddisfazione nel rapporto paziente/sistema di salute. La soddisfazione del paziente ha riflessi sulla sua salute e (quindi) sulla salute della spesa sanitaria.

Un'altra conseguenza della biomedicalizzazione riguarda la crescita di protocolli e linee-guida. Tali strumenti possono essere un valido supporto per la presa di decisioni in ambito infermieristico, ma, come dimostrano i case studies 1 e 2, essi non vanno disgiunti da un'analisi della *cultura organizzativa* della specifica struttura nei quali sono implementati.

Approccio Scientifico e Pratica Infermieristica Responsabile



Renzo Zanotti
Prof. Ass. Infermieristica
Università di Padova

Finalità

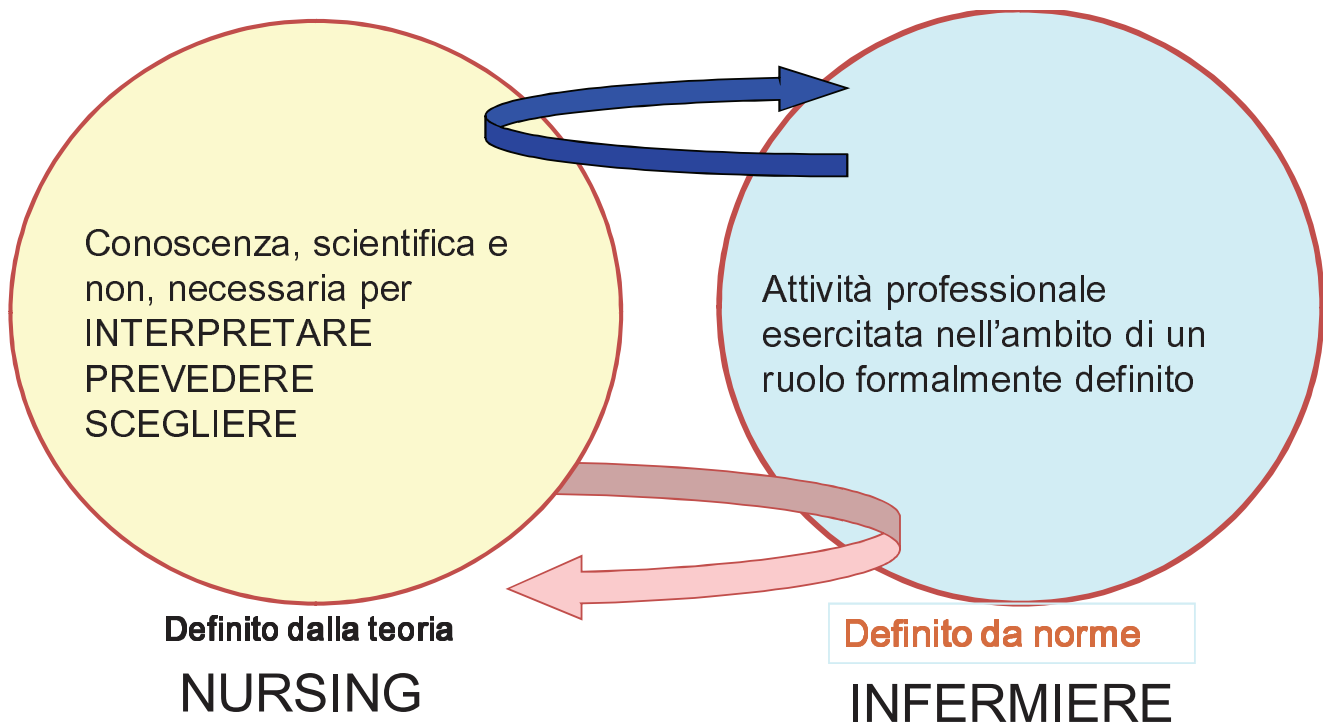
- Identificare elementi definenti l'*ambito* del sapere e della prassi infermieristica
- Discutere il rapporto tra “Prassi” e “Scienza” nel campo dell’Infermieristica
- Discutere il rapporto tra “Scienza” e “Responsabilità” nell’Infermieristica

Ambito dell'Infermieristica

- Cultura
- Prassi



Infermieristica o Nursing ?



Cosa rende un soggetto “Medico” “Infermiere” o “Altro”?

La cultura specifica di appartenenza

L'infermiere è reso tale dalla cultura del **nursing**

così come

il medico lo è dalla **medicina**

Lo psicologo dalla **psicologia**



CARE – PRENDERSI CURA ...con scienza
“compassionevole”

Rogers



SCIENZA

Interpretazione (teoria su fenomeni o su relazioni) che ha superato i controlli e le prove previste dalla metodologia dell'approccio scientifico

Astratta ... quindi generalizzabile

Interpreta ... quindi spiega il perché

Predice effetti ... quindi permette il controllo

Fornisce il senso di comprensione ... quindi soddisfa e dà potere

NURSING -Scienza dell'infermiere

Disciplina che indaga le risposte della persona in rapporto alla salute

...da autonomo a dipendente

...da libero a istituzionalizzato

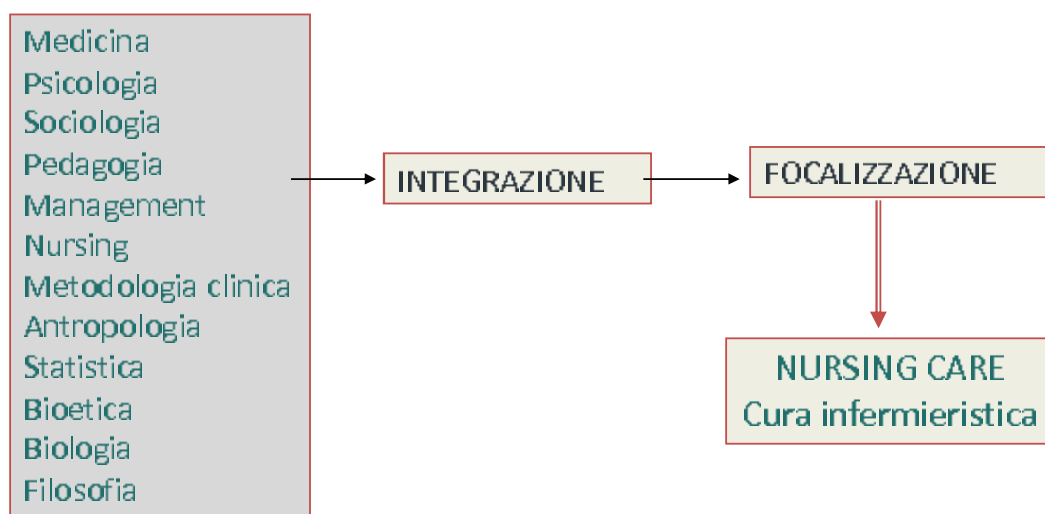
...prima e dopo eventi invasivi, traumatici, stressanti...

...in conseguenza alla malattia, al trauma, alla terapia

quando dalle risposte dipende indipendenza nella cura e qualità di vita

Nursing = Disciplina integrativa di saperi

Mantiene il focus sulle capacità di risposta della persona
senza sfocarne l'umanità



Il contributo del Nursing alla conoscenza

Oltre 800 journals in MEDLINE

CINHAL database specifico

1000 ca lavori scientifici\anno

Milioni di €/anno finanziamento alla ricerca infermieristica in Europa

inoltre

Accademia della Scienza Infermieristica in USA e EU

Dottorato e Master in quasi tutti i Paesi e in tutti i continenti

Dipartimenti e Facoltà di Nursing in Università

Cinahl Information Systems Home Page (Frames) - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ? PaperMaster

Indirizzo https://www.cinahl.com/ Vai

Welcome to
Cinahl Information Systems
 Leaders in delivering current and comprehensive health care information

The CINAHL Database

Products & Services

CINAHldirect
online service

Support

CINAHlsources
link index

The Library

CINAHlexpress
document delivery online service

MEMBERS GO DIRECT NOW

About Cinahl

CINAHlstore
shopping online

Coming Next Month
All New Web site


www.cinahl.com

NANDA...now online!
Classification of Nursing Diagnoses
Proceedings of the Fourteenth Conference

OJCI
online journal of
clinical innovations

WHAT'S NEW? OJCI Now Subscription Based!

[Tell Us What You Think](#) Friday, January 16, 2004 7:23pm



Annotate Shift+Ctrl+W

Options...

Help

About

Exit

You are home Internet

Euro Grants

fund!

» **Services**

Bookstore

The Eurofunding Guides

[Order now](#) and receive your Funding Alerts free of charge

Subscription

Get all the details of the funding programmes Online!

Audit your project

Take advantage of our personal expertise

Train your team

Training your work teams to the European Funds

Tool box

find clear definitions, tools and models for your application

Find partners

You need partners overseas to make your projects come real?

Program's name: [members only](#)

Description: → [Creation of transnational joint-ventures between SMEs in the European Union \(Joint European Ventures\)](#)

Program's name: [members only](#)

Description: → [Grants to facilitate the transition to changing socio-economic conditions due to enlargement in the border regions](#)

Program's name: [members only](#)

Description: → [Grants awarded via the programme of Community action of public health](#)

Program's name: [members only](#)

Description: → [Grants for the implementation of strategies responding to threats to health, especially communicable diseases](#)

Program's name: [members only](#)

Description: → [Grants for developing innovative projects about health determinants, such as lifestyle and socioeconomic aspects.](#)

Program's name: [members only](#)

Description: → [Grants in the framework of the overall Community programme for employment and social solidarity](#)

Program's name: [members only](#)

Description: → [Support to specific projects to promote the interests and health of European consumers](#)

Program's name: [members only](#)

Description: → [Grants for promotion, information, education and training in the field of Public health](#)

Program's name: [members only](#)

Description: → [Technical assistance programme to rehabilitation and reconstruction actions in the ACP countries](#)

EndNote 6 - [Oncology.enl]

File Edit References Tools Window Help

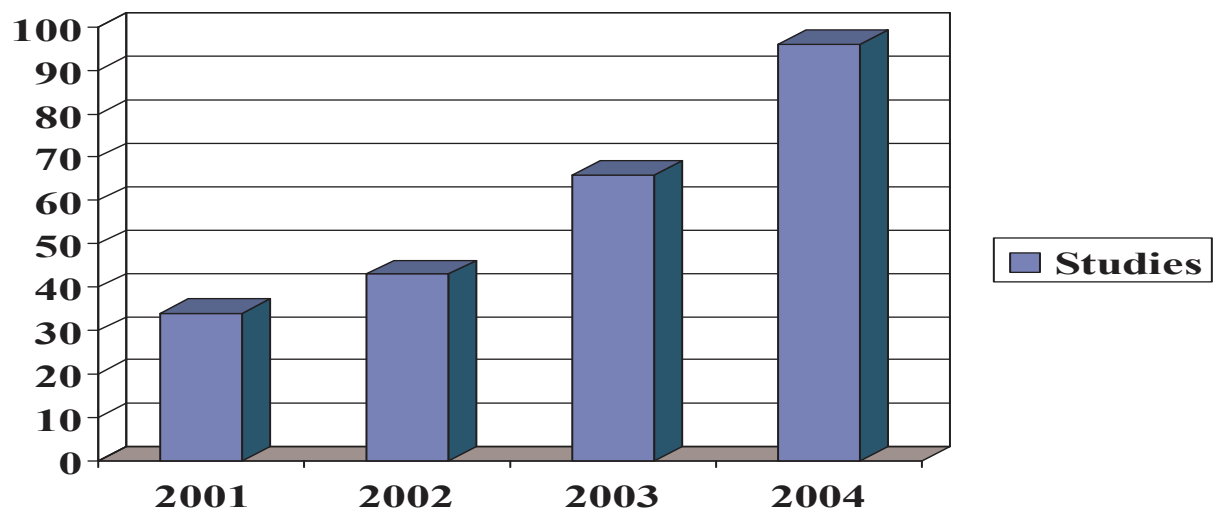
Annotated Plain Font Plain Size B / U P A¹ A₁ Σ

Author	Year	Title
Payne	2002	The trajectory of fatigue in adult patients with breast and ovarian cancer receiving chemotherapy.
Porter	2002	Endometrial cancer.
Rawl	2002	Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer.
Rexilius	2002	Therapeutic effects of massage therapy and handling touch on caregivers of patients undergoing autologous hematop
Riddle	2002	The epidermal growth factor receptor as a novel target for cancer therapy: case studies and clinical implications.
Ridner	2002	Breast cancer lymphedema: pathophysiology and risk reduction guidelines.
Ropka	2002	Year 2000 Oncology Nursing Society Research Priorities Survey.
Shannon_Dorcy	2002	Nursing implications of mylotarg: a novel antibody-targeted chemotherapy for CD33+ acute myeloid leukemia in first r
Shih	2002	A research review of the current treatments for radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer
Smith	2002	Quality improvement of painful peripheral neuropathy.
Thomas	2002	Overview of clinical trials with epidermal growth factor receptor inhibitors in advanced non-small cell lung cancer.
Valadez	2002	Impact of managed care on oncology.
Wood	2002	Rationale for the epidermal growth factor receptor as a target for cancer therapy.
Boyle	2003	Establishing a nursing research agenda in gero-oncology.
Breed	2003	Diagnosis, treatment, and nursing care of patients with chronic leukemia.
Devine	2003	Hematopoietic cell transplantation in the treatment of leukemia.
Edwards	2003	Prevention and treatment of adverse effects related to chemotherapy for recurrent ovarian cancer.
Gemmill	2003	Biological advances for new treatment approaches.
Gordon	2003	Chemotherapeutic management of advanced ovarian cancer.
Hockenberry	2003	Pediatric oncology nursing.
Hollis	2003	Diagnosis and management of high-risk and metastatic melanoma.
Kearney	2003	Oncology health care professionals' attitudes to cancer: a professional concern.
Liu	2003	Breakthroughs in cancer gene therapy.
Muehlbauer	2003	Anti-angiogenesis in cancer therapy.
Navon	2003	Advanced prostate cancer patients' relationships with their spouses following hormonal therapy.
Sainio	2003	Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care.
Schmidt	2003	Trends in cancer therapy: role of monoclonal antibodies.
Shannon_Dorcy	2003	Decision-making in the diagnosis and treatment of leukemia.
Soanes	2003	Establishing nursing research priorities on a paediatric haematology, oncology, immunology and infectious diseases.
Stull	2003	Targeted therapies for the treatment of leukemia.
Uitterhoeve	2003	Turning toward the psychosocial domain of oncology nursing: a main problem analysis.
Viele	2003	Diagnosis, treatment, and nursing care of acute leukemia.
Wright	2003	The colorectal cancer clinical nurse specialist in chemotherapy.

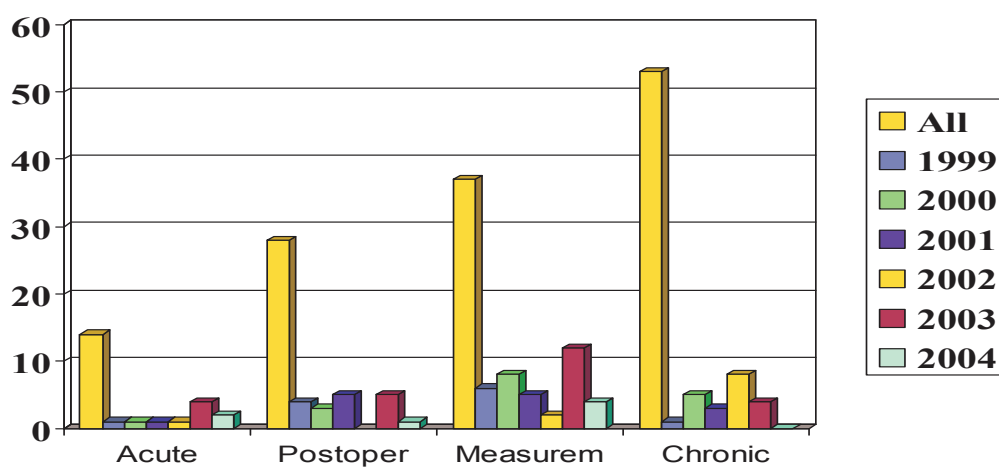
Annotate Shift+Ctrl+W
Options...
Help
About
Exit

Showing 500 out of 1,000 references. Show Preview

Efficacia di interventi complementari



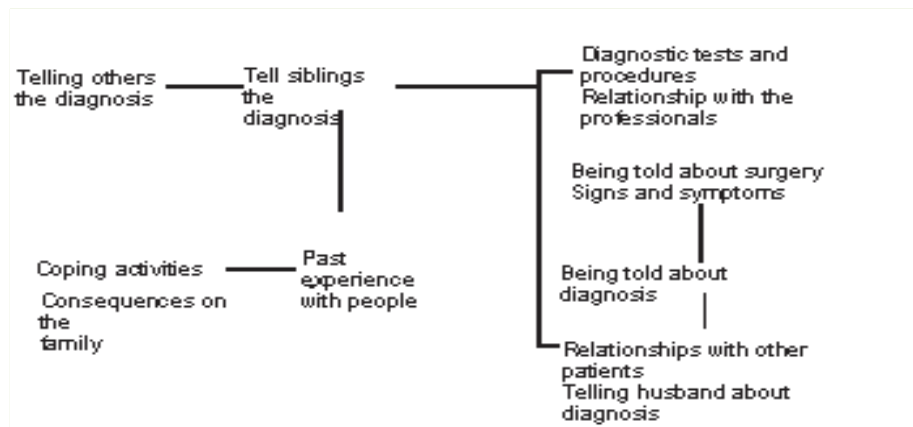
Gestione del dolore



Studi di “Advanced Nursing” 2006 (Campione di 1756)

Kosteniuk	2006	Central and peripheral information source use among rural and remote Registered Nurses
Lalor	2006	Fetal anomaly screening: what do women want to know?
Lim	2006	Preventive medicine beyond 65
Liu	2006	Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijin...
MacFarlane	2006	Medical student education in emergency medicine: New model from South Africa
McCallin	2006	Interdisciplinary researching: Exploring the opportunities and risks of working together
McCarthy	2006	Research priorities for nursing and midwifery in Southern Ireland
McKeon	2006	Organizational factors: impact on administration violations in rural nursing
Mok	2006	Nurses as providers of support for mothers of premature infants
Newton	2006	End of life decisions and care of the elderly
Norris	2006	The Acute Care Nurse Practitioner: challenging existing boundaries of emergency nurses in the Unite
Ohki	2006	An evaluation strategy for the early detection of postoperative delirium
Padmanabhan	2006	Etiology, pathogenesis and prevention of neural tube defects
Patch	2006	Prevalence and Burden of Disease in Hemochromatosis: Estimates Derived from Routine Data
Pestka	2006	A Pioneer Nursing Genomics Staff Development Program
Redfern	2006	Commentary on Woodward VA, Webb C & Prowse M (2005) Nurse consultants: their character
Runciman	2006	Community nurses' health promotion work with older people
Seers	2006	Challenges of pain management for the 21st century
Serebruany	2006	Platelet function analyzer (PFA-100)™ closure time in the evaluation of platelet disorders and platel
Simpson	2006	Guiding the transition of nursing practise from an inpatient to a community-care setting: A Saudi Arat
Skirton	2006	International Society of Nurses in Genetics (ISONG) Conference abstracts. INTRODUCTION
Sowney	2006	Caring for adults with intellectual disabilities: perceived challenges for nurses in accident and emerg
Suen	2006	Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors
Sztembis	2006	The past, present and future of nurse education in Poland: stages, conditions and activities
Tluczek	2006	Psychosocial Issues Associated with Genetic Testing in Cystic Fibrosis Newborn Screening
Tuckett	2006	On paternalism, autonomy and best interests: Telling the (competent) aged-care resident what they w
Tudehope	2006	Is attendance of a paediatrician at elective Caesarean sections routinely indicated?
Turale	2006	Editorial
Vahakangas	2006	Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities
Vithayachockiti...	2006	Family caregiving of persons living with HIV/AIDS in Thailand: Caregiver burden, an outcome measure
Waldenstrom	2006	The Safety of Birth Centers: Response to a Critique of the Stockholm Birth Center Study
Westwood	2006	Feasibility and Acceptability of Providing Nurse Counsellor Genetics Clinics in Primary Care
Wong	2006	The qualitative experience of Chinese parents with children diagnosed of cancer

Esplorazione di significati





**European Honour Society
of
Nursing, Midwifery &
Allied Health Professions**

Promote and honour Leadership, Scholarship and Research that culminate in the enhancement and advancement of the art and science of nursing, midwifery and allied health professions' practice.



European Academy of Nursing Science

The purpose of the Academy is to sustain a forum of European nurse scientists to develop and promote knowledge in nursing science and to recognise research and scholarly achievement in the pursuit of excellence.



European Doctorate in Nursing Research

Details of the Course

Researching Health and Nursing in Europe

Developing Concepts for Researching Nursing

Research Methods

Developing a Research Career

ANF American Nurses Foundation

Indietro Avanti Termina Aggiorna Pagina iniziale Cerca Preferiti Multimedia Cronologia Stampa Modifica Discussione

Indirizzo <http://www.nursingworld.org/anf/nrggrant.htm> Vai Collegamenti Norton AntiVirus

The Spirit of Caring
2004 Nursing Research Grant Application
now in **INTERACTIVE FORMAT**
[Go to the application >>>](#)

Grant Management/Contracts Nursing Research Grants Fundraising About ANF Contact ANF

- Search
- NursingWorld
- NursingInsider
- NursingMail
- Donate Online
- ANF Home

Foundation Focus
News from The American Nurses Foundation

2004 Research Grant Application
now available in Interactive format

Nursing Research Grants

[Funding an ANF Grant](#) | [2004 Grant Application](#) | [Contributors](#) | [Endowments](#)

The American Nurses Foundation (ANF) Research Grants Program

The Research Grants Program was founded over 45 years ago to encourage the research career development of nurses. This program continues to grow with contributions for nursing research, from organizations and individuals. These donations support scientific research for advancing the practice of nursing, promoting health and preventing disease.

Each year, through our Nursing Research Grants program, ANF provides funds to beginner and experienced nurse researchers to conduct studies that contribute toward the advancement of nursing science and the enhancement of patient care. Awards are given in all areas of nursing, including healthy patient outcomes, health care policy development, critical care, gerontology, women's health, community and family intervention.

2004 Grant Application

The following application has been posted in **interactive PDF format**. This means that it contains forms that can be filled out in a web browser window and then printed, signed and mailed to the ANF.

<http://nursingworld.org/mail/> Internet

Pg 1 Sez 1 1/1 A 2,9 cm Ri 2 Col 1 REG REV EST SSC Italiano (Ital)

Prassi



Assistenza-Cura Professionale

- Centralità della persona assistita
- Erogata da professionisti abilitati
- Produce interventi di aiuto
 - Sia indipendente che in rapporto ad altre figure professionali
 - Si attiene a norme di riferimento e ad un codice etico

Viene erogata come attività formalmente definita, nell'ambito di un ruolo riconosciuto

Infermiere Clinico

***Interventi di sviluppo
delle capacità
dell'assistito***

***Orientati da etica,
scienza ed esperienza
in assistenza***



Clinica Infermieristica

L'infermiere aiuta la persona\famiglia a mantenere\migliorare la capacità di rispondere ai cambiamenti

Eventi negativi acuti e progressivi

Effetti sfavorevoli della malattia/terapia

Effetti dell'impegno assistenziale

Perdita progressiva di capacità

Elementi di riferimento Per l'assistenza infermieristica

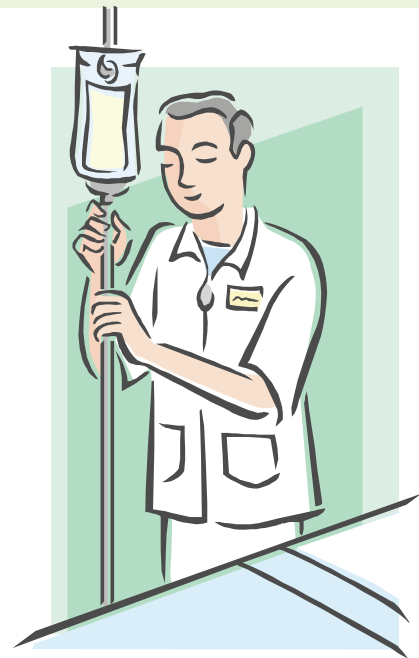
- ✱ Esistenza del bisogno
- ✱ Beneficio dall'assistenza
- ✱ Competenza dell'operatore
- Partecipazione dei soggetti

Conseguenze

- Non tutti i pazienti hanno bisogno di assistenza (in aggiunta a quella medico-alberghiera)
- L'assistenza professionale infermieristica deve poter offrire interventi aggiuntivi-complementari a quelli del trattamento medico (se necessario)
- L'infermiere deve essere competente in nursing per fornire assistenza professionale

Dimensione Tecnica

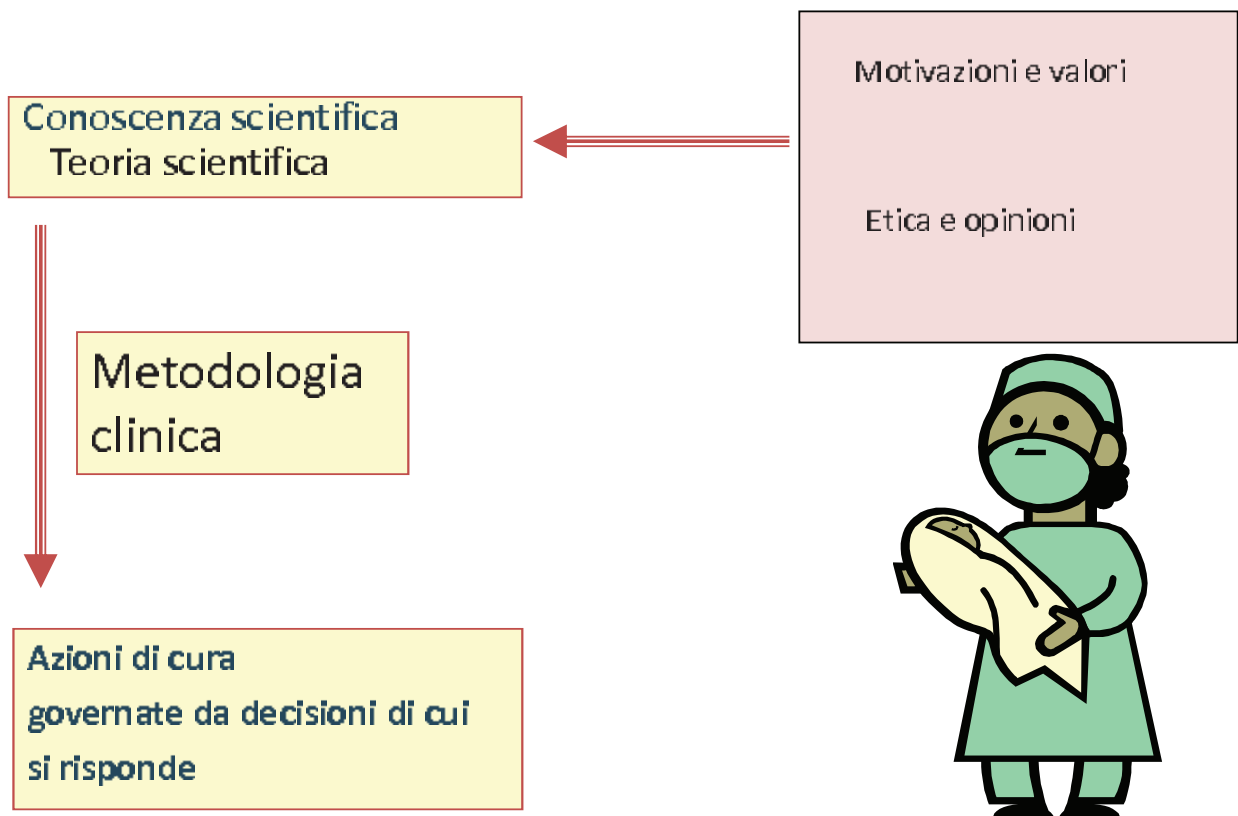
- Ambito delle metodiche, protocolli e procedure
- Risponde al quesito del “Come?”
- Richiede esercizio-
addestramento
consapevolezza



Scienza - Prassi - Responsabilità



La prassi e la scienza



Il Bisogno di scienza nella prassi

- 10.000 Nuove sperimentazioni incluse in **MEDLINE** ogni anno
- 350.000 trials identificati dalla Cochrane
- 30-40% pazienti non riceve trattamenti di provata efficacia
- 20-25% ricevono trattamenti non necessari o potenzialmente dannosi

(Grol, 2001; McGlynn et al. 2003)

Scienza & Prassi

Inf. scientifica



Ricerca pubblicata

EBN

Rivede, collega, traduce

Prassi



Applica e rivede

Evidence Based Nursing

Il nursing basato sull'evidenza è il consapevole, esplicito e corretto uso delle informazioni derivanti dalla ricerca per produrre decisioni che PORTINO AL MIGLIOR RISULTATO DI AUTONOMIA in soggetti o gruppi in rapporto a bisogni, valori e preferenze.



EBN = Quesiti di efficacia = probabilità di determinare l'effetto desiderato

Esistono interventi efficaci su questo aspetto/situazione?

Di questi, quale dovrebbe essere preferito ?

Se lo inserisco nella prassi, determino rischi ?

Quale probabilità di efficacia possiede in assoluto ?

Se tratto 1000 soggetti, quanti di questi avranno beneficio ?

cochrane

THE COCHRANE
COLLABORATION

The reliable source of evidence in healthcare

- » [About us](#)
- » [Cochrane reviews](#)
- » [News & events](#)
- » [Training resources](#)
- » [Administrative](#)
- » [Consumers](#)

[A-Z index](#) [help](#)

site reviews

The Cochrane Collaboration is

an international not-for-profit organisation, providing up-to-date information about the effects of health care. [\[learn more\]](#)

What's new

The "News-room" & Hitting the Headlines
John Wiley & Sons to be new publisher of The Cochrane Library [\[read more\]](#)
New Reviews
Barcelona + other colloquia - click on this logo -->



The Cochrane Library

contains regularly-updated evidence-based medicine databases. [\[browse systematic reviews\]](#) [\[learn more\]](#)

Internal resource page

(for staff & review authors)

For the media...

(what you need to write the story)

Coming in November: **The Cochrane Library on Wiley InterScience,**

[contact us](#) | [about this site](#) | [original site](#) | [繁體中文](#) | [español](#) | [français](#) | [deutsch](#) | [italiano](#)

© 2003 Cochrane Collaboration - www.cochrane.org - 23 October, 2003 Comments: web@cochrane.org

Options...
Up
About
Down
Exit

EBN Online

Evidence-Based Nursing

Subscribe	Available to non-subscribers	Search
	Help	Browse

FREE Editors' Choice: [Click here](#)

FREE Previous Editors' Choices

This week's new articles

Developing-world FREE Access

FREE access for personal print subscribers to:

- Full text issues of Evidence-Based Nursing
- Over 300 journals on HighWire Press
- The Nursing Standard Online archive



Produced by the BMJ Publishing Group Ltd of the BMA, assisted by Stanford University's HighWire Press
 Copyright © 2004 by BMJ Publishing Group Ltd & Royal College of Nursing

Annotate Shift+Ctrl+W
 Options...
 Help
 About
 Exit

ulcera
venosa

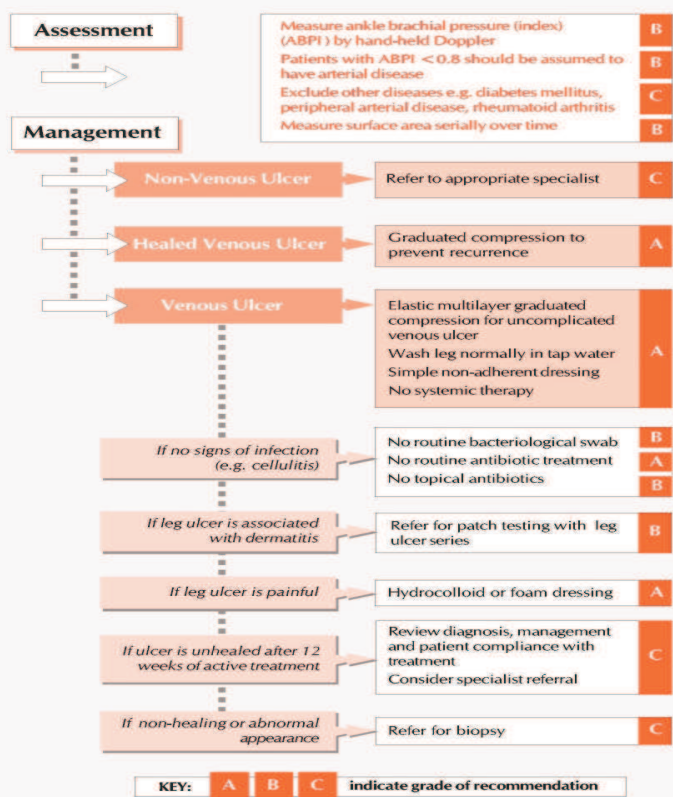


Chronic Leg Ulcer

July 1998

SIGN Publication Number **26**

Quick Reference Guide



© Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998
 Derived from the national clinical guideline recommended for use in Scotland by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
 Additional copies available from:
 SIGN Secretariat, Royal College of Physicians, 9 Queen Street, Edinburgh EH2 1JQ

Interventions in the Management of Behavioural and Psychological Aspects of Dementia

A Quick Reference Guide

Assessment
A definitive diagnosis and a clinical, social and functional assessment is essential
Consider: ♦ psychological state ♦ physiological condition ♦ social status ♦ lifestyle, life history, needs and preferences

Non-drug interventions
C Non-drug interventions should always be considered along with drug options before treatment is started
Non-drug management strategies include:
♦ reality orientation
♦ behavioural intervention
♦ occupational activities
♦ environmental modifications
♦ validation therapy
♦ reminiscence
♦ sensory stimulation

Neuroleptic Drugs
♦ Neuroleptics have been widely used but evidence for their efficacy is limited
♦ There is no clear evidence for the superiority of one neuroleptic drug over any other
♦ Side effect profiles differ
♦ **Neuroleptics should only be considered for patients with serious problems, in particular psychotic symptoms, or in the presence of serious distress or danger from behaviour disturbance**
C

Other drug treatments
B Consider: ♦ Antidepressant medication for marked and persistent depression
♦ Short term anxiolytic or hypnotic treatment for severe and persistent symptoms
Evidence for the use of many other described drug treatments for behaviour problems is not sufficient to make recommendations
♦ Neuroleptics should normally be avoided where there is a possibility of Lewy Body type dementia
♦ Risk of side effects must be balanced against any perceived benefit
♦ Routine use of anticholinergic medication to prevent extrapyramidal side effects is not appropriate
B C

Key
A B C refers to grade of recommendation
The issue of consent to treatment in the presence of dementia requires careful consideration. Use of the Mental Health (Scotland) Act 1984 may need to be considered

♦ Low doses should be prescribed initially, with slow and cautious increase as necessary: **Start low, go slow**
♦ Treatment should normally be short term and should be reviewed regularly
♦ Dose should be reduced as soon as possible and treatment stopped if no longer essential
B C

Derived from the National Clinical Guideline recommended for use in Scotland by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 9 Queen Street, Edinburgh, EH2 1JQ
This Quick Reference Guide was issued in February 1998 and will be reviewed in 2000

Best Practice Nursing

L'assistenza viene progettata sulla base della migliore conoscenza disponibile, rivista e aggiornata continuamente.

Le attività per le quali non vi è conoscenza scientifica adeguata vengono criticamente riviste

Le attività prive di efficacia o chiara motivazione vengono abbandonate

L'Infermiere è e si sente responsabile della qualità e dei risultati

Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism

Int J Evid Based Health 2006; 4: 180–186

*Dave Holmes RN PhD,
Stuart J Murray PhD,
Amélie Perron RN PhD(cand)
Geneviève Rail PhD*

School of Nursing, University of Ottawa, Canada

Secondo *Holmes et al.*

...il movimento per l'evidence-based per le scienze della salute è oltraggiosamente elitario e pericolosamente normativo per la conoscenza scientifica

Esso costituisce infatti un buon esempio di *microfascismo in atto nell'arena scientifica*

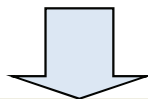
Complessità dell'assistenza



- a. tipologie di intervento
- b. relazione tra interventi
- c. effetti possibili (rischio)
- d. alternative di azione e risultato

Complessità dell'intervento

- Esiste variabilità dell'effetto (esito pos-neg)
- Richiede valutazione e decisione spesso anche in corso di attuazione



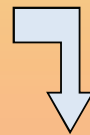
L'attuazione di un intervento a variabilità di effetto richiede che vi sia responsabilità e quindi competenza riconosciuta dalla società

Condizioni per l'uso sistematico dell'evidence based practice

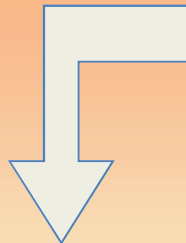
DIFFERENZIAMENTO



SVILUPPO DI COMPETENZE SPECIFICHE



MODELLI DI NURSING AVANZATO



RESPONSABILITA' INDIVIDUALE RISPETTO AI RISULTATI

Infermiere = professionista del Nursing

Se si prende cura

Con competenza

Con Passione

Con consapevolezza

Con responsabilità



Conclusione

EFFICACIA ED UTILITA'

Perchè la prassi della cura infermieristica sia più efficace e quindi più utile non vi è dubbio che bisogna

- a) aumentare la produzione e l'uso della scienza con l'EBN
- b) orientare la prassi a obiettivi di beneficio

Tuttavia

sarà sempre l'assumersi la responsabilità di "fare il meglio" per l'altro

e l'appassionarsi nel prendersi cura dell'altro

che renderà più "umana" l'assistenza



Responsabilità di mantenere "umana" la cura

Caso clinico 1

- ⇒ Donna 39 anni accede in Pronto Soccorso per dolore toracico in sede precordiale di durata superiore agli abituali dolori anginosi.
- ⇒ Al momento della valutazione al triage la paziente è asintomatica *L'attività del triage si articola in: accoglienza; raccolta dati, raccolta di eventuale documentazione medica; informazioni da parte dei familiari e/o soccorritori; rilevamento parametri vitali e registrazione; assegnazione codice di gravità. Il paziente non viene curato in base all'ordine cronologico di arrivo in ospedale, ma viene assistito facendo riferimento alla gravità della patologia.*
- ⇒ La paziente ha riportato in passato una sindrome coronarica acuta ed è attualmente in terapia con antiipertensivi, diuretici, Beta-bloccanti e vasodilatatori.
- ⇒ Viene assegnato Codice di Priorità: GIALLO malgrado l'alterazioni di alcuni parametri vitali (colorito cutaneo, modesta sudorazione, dispnea) ed una anamnesi per coronaropatia. *Il codice di gravità può essere espresso attraverso colori, sigle, numeri; quello basato sui colori risponde meglio ai criteri di praticità, efficacia visiva e comprensione.*
Codice rosso: pericolo di vita, priorità massima, non vi sono tempi di attesa
Codice giallo: potenziale pericolo di vita, priorità intermedia
Codice verde: prestazione medica differibile; bassa priorità
Codice bianco: prestazione sanitaria che non riveste alcun carattere d'urgenza per cui sono previsti percorsi extraospedalieri
- ⇒ In Pronto Soccorso vi era il consueto affollamento e la paziente attende circa 1 ora in area di triage.
- ⇒ Dopo 1 ora circa viene visitata da un medico specializzando in Medicina d'Urgenza nell'area di triage: la paziente gli riferisce un modesto dolore toracico precordiale (3 su una scala da 1 a 10), il medico rileva l'assenza dei polsi pedii e poplitei bilateralmente, annota tutto sulla scheda della paziente
- ⇒ Sempre in area triage l'infermiera rileva PA 60/30 ma non comunica l'esito al medico del pronto soccorso né al medico specializzando in Medicina d'Urgenza che ha visitato prima la paziente, e somministra 1 cps di Nitrolingual® sublinguale da 5 mg come da protocollo di triage.
- ⇒ L'infermiera di triage trascrive sulla scheda di l'osservazione di "non concordare con questa procedura dal momento che la paziente era ipotesa e che la nitroglicerina (farmaco vasodilatante e notoriamente ipotensivo) avrebbe peggiorato ulteriormente lo stato clinico..." ma ha scritto inoltre che "essendo stato prescritto da un medico, quest'ultimo era in possesso delle opportune e specifiche conoscenze e competenze per confermare tale prescrizione ed ordinare la somministrazione."
- ⇒ Dopo 35' dall'assunzione del Nitrolingual® lamenta ancora dolore precordiale ed aumento della dispnea. Viene prescritta e somministrata 1 fiala di morfina in 250cc soluzione fisiologica ev, ed 1 fiala di Nitroglicerina in 250 cc soluzione fisiologica ev su altra linea venosa.

- ⇒ A 60' dal primo episodio ipotensivo annotato, il medico titolare del pronto soccorso sospende l'infusione ed annota la persistenza dell'ipotensione.
- ⇒ Dopo 5' viene richiesta Consulenza Internistica ed il consulente di turno giunge in pronto soccorso 90' dopo la 1° chiamata (richiesta a codice VERDE).
- ⇒ Persistenza dell'ipotensione e peggioramento della dispnea con aumento del dolore precordiale.
- ⇒ Compare bradiaritmia marcata e stato di shock.
- ⇒ Si libera la sala ROSSA e si allerta la squadra ACLS. *Advanced Cardiac Live Support – rianimazione cardiorespiratoria avanzata.*
- ⇒ Viene effettuata ACLS, posizionamento di Pace Maker esterno ed eseguita pericardiocentesi

ESITO NEGATIVO

Constatazione di Decesso di paziente di 39 anni 3h 10m dopo presentazione in PRONTO SOCCORSO

ERRORI ATTIVI E LATENTI

- **Assenza di controllo crociato fra i membri dell'équipe**
- **Rigidità nell'applicazione di protocolli e procedure**
- **Mancanza di ammettere errori commessi**
- **Mancanza di ammettere scarso aggiornamento**
- **Assenza della fiducia nei vari componenti l'équipe**
- **Assenza di comunicazione**
- **Rapportarsi con scarsa autorevolezza facendo predominare l'autorità**

Caso clinico 2

Nel mese di settembre del 1998, nel tardo pomeriggio, presso una clinica psichiatrica è stata ricoverata una donna tossicodipendente sotto l'effetto degli stupefacenti. C'era molto da fare e il reparto nel quale era conosciuta era pieno, e soprattutto non c'erano camere d'isolamento libere; si accettò comunque di assumere l'assistenza medica e infermieristica malgrado la paziente si trovasse nella camera d'isolamento del reparto vicino. La dottoressa di turno prescrisse "schermatura e sorveglianza" della paziente, la somministrazione di un calmante e controlli ogni ora dello stato di reattività e dei segni vitali.

Sul rapporto di cura si legge quanto segue:

20.30: "reattiva"

21.30: "poco reattiva"

22.15: "niente di strano". Senza aver visto personalmente la paziente, la dottoressa prescrive di procedere a controlli ogni due ore.

00.15: "dorme"

ca. 03.00: idem

Attorno alle 05.00 viene constatato il decesso della paziente.

L'Istituto di medicina legale, interpellato dalle autorità inquirenti ha stabilito che la morte è sopraggiunta tra le ore 23.00 e l'01.00. Inoltre tra le 22.00 e mezzanotte la paziente ha sicuramente ancora consumato eroina.

Il giudizio di prima istanza fu emesso l'11 novembre 2003 (più di cinque anni più tardi!); la dottoressa e i curanti furono accusati di omicidio colposo; a causare la morte sarebbe stata una "concomitanza di varie omissioni evitabili" e una "somma di errori in parte minimi" con fatali conseguenze.

- Il controllo di ammissione non sarebbe stato eseguito in modo accurato;
- la dottoressa avrebbe prescritto un medicamento sbagliato;
- la paziente sarebbe stata mal sorvegliata;
- infine gli imputati si sarebbero resi colpevoli di diversi errori di valutazione.

Il giudizio di prima istanza proponeva una detenzione di 10 giorni con la condizionale e multe di 1000.-, rispettivamente 500.- franchi. Tuttavia la pena principale è stata senz'altro il martirio e lo stigma di quel infinito processo. Nel suo giudizio (piuttosto clemente) il giudice parlò chiaro e stigmatizzò una "politica di risparmi che mette seriamente alle strette il sistema sanitario" e le cui vittime sono il personale e i pazienti.

Dopo altri due anni, il 20 gennaio 2006, la corte di cassazione emise il giudizio di seconda istanza: stabilì che né alla dottoressa né ai curanti poteva essere attribuita la responsabilità per la morte della paziente. Diverse superperizie non sarebbero state in grado di confermare un ulteriore consumo di eroina. Sulla base delle divergenti opinioni degli esperti, la corte di cassazione decise che l'accaduto non poteva più essere chiarito in modo concludente. Dichiarò innocenti gli imputati, soprattutto per il fatto che non si poteva dimostrare che la morte avrebbe potuto essere evitata con una corretta sorveglianza, e concesse loro un'indennità di 500 franchi ... un prezzo estremamente basso rispetto a tutto ciò che hanno dovuto affrontare.

Malgrado il proscioglimento: le argomentazioni giuridiche non possono che confermare il fatto che, se qualcuno, in un qualsiasi momento avesse fatto l'unica cosa giusta e avesse detto "no", una vita umana avrebbe potuto essere salvata. Per come sono andate le cose – malgrado il proscioglimento - , la vita professionale delle due colleghe è stata rovinata.

Oltre alle conseguenze esistenziali per i diretti interessati, questo modello di azione, o meglio di omissione, ampiamente diffuso nelle cure, ha gravi ripercussioni per la professione, per come è percepito dall'esterno e per come è riprodotto nella percezione dei professionisti: una volta ancora accettiamo di essere i più esposti.

Il Codice delle obbligazioni autorizza il datore di lavoro (e in questo caso non è solo l'ospedale, ma anche la responsabile del reparto, il medico, ecc.) a impartire ordini ai dipendenti. Anche se questo diritto ha dei limiti; non deve essere esercitato in modo arbitrario o per così dire senza considerare eventuali danni. In particolare gli ordini non devono essere inadeguati, pericolosi o illegali. Ciò significa che i curanti possono rifiutare un ordine se non può essere eseguito correttamente a causa della carenza di personale; gli interessati hanno naturalmente il dovere di impegnarsi a cercare aiuto. Se un curante accetta di svolgere un compito per il quale sa o dovrebbe sapere di non essere all'altezza, oppure che è illegale o contrario alle regole dell'arte, si rende responsabile.