

## CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

### • *La tassonomia delle diagnosi infermieristiche della North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) nella pianificazione infermieristica di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in Italia*

*Elena Gatti, Liliana Farolfi e componenti gruppo di lavoro pilota*

#### ABSTRACT

**SCOPO:** il progetto è scaturito dalla necessità di acquisire e adottare un metodo di pianificazione scientifico supportato dalla tassonomia delle diagnosi infermieristiche NANDA allo scopo di verificarne l'aderenza ai problemi dei degenti affetti da patologia psichiatrica. **STUDIO:** dal 2002 al 2005 si è svolta una fase propedeutica con interventi formativi, la revisione completa della cartella infermieristica e la creazione di singole schede di pianificazione per ciascuna diagnosi NANDA utilizzata. **RISULTATI:** nel periodo marzo 2005 – settembre 2008 si sono campionati 1064 dimessi selezionando casualmente ventuno mesi. Delle 1064 cartelle di dimissione esaminate, 810 erano complete di pianificazione assistenziale con 1426 diagnosi infermieristiche NANDA. Le diagnosi infermieristiche usate con una frequenza maggiore del 4% sono state: "Inefficace gestione del regime terapeutico" 30.7 %, "Disturbo dei processi di pensiero" 10.9 %, "Coping inefficace" 9.3 %, "Rischio di violenza rivolta a se stessi" 7.8 %, "Rischio di violenza rivolta ad altri" 7.0%, "Ansia" 5% e "Inefficace mantenimento della salute" 4.9%.

**CONCLUSIONI:** lo studio ha dimostrato che la tassonomia NANDA rappresenta la maggior parte dei problemi dei ricoverati nel Servizio Psichiatrico

di Diagnosi e Cura e prende in considerazione problemi personali, processi di interazione sociale e familiare, bisogni fisiologici e la capacità di gestire il regime terapeutico. Alcune problematiche nell'utilizzo delle diagnosi NANDA sono emerse per descrivere la manifestazione del sintomo ed altre in riferimento alla scarsità di "fattori correlati" specifici del paziente psichiatrico.

#### INTRODUZIONE

Fin dagli anni Sessanta, a livello internazionale, si sono ritenuti necessari sistemi di classificazione di diagnosi infermieristiche "per determinare un quadro di riferimento comune agli infermieri che avrebbero potuto comunicare con un linguaggio scientifico e specifico" (Dimonte V.). Iniziò così a svilupparsi il contesto culturale che porterà alla definizione del *processo di nursing*, all'interno del quale la *diagnosi infermieristica* assumerà sempre maggiore importanza.

All'inizio degli anni '50 appare nella letteratura internazionale il termine *nursing diagnosis* (Mac Manus 1950 e Frey 1953) e negli anni '60 altri concetti iniziano a cercare di definire la specificità dell'infermieristica: i bisogni della persona assistita di Henderson (1960), i problemi infermieristici di Abdellah (1961), e altre teorie quali la cura di sé (Orem), l'adattamento (Roy), l'attività di vita (Roper), ecc.

Negli anni '70 *L'American Nurses Association* consolida il concetto di **diagnosi infermieristica** fino alla definizione formulata nel 1999 "*La diagnosi Infermieristica è un giudizio clinico sulle risposte di un individuo, di una famiglia o di una comunità a problemi attuali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche forniscono la base per scegliere gli interventi infermieristici al fine di conseguire quei risultati di cui l'infermiere è responsabile*".

Da allora molti studi sono stati pubblicati a livello internazionale sulla sperimentazione di varie classificazioni infermieristiche ed essi hanno dimostrato come nessuna delle classificazioni più ampiamente conosciute quali NANDA, la classificazione delle cure domiciliari di sanità di Georgetown (HHCC) (Saba 1994), il sistema di Omaha (Martin & Scheet 1992) o la classificazione internazionale per la pratica della professione infermieristica (ICNP) (ICN 1996, 1999), faccia fronte individualmente a tutte le necessità della documentazione gior-

naliera delle infermiere nella pratica clinica.

Malgrado questo la tassonomia NANDA ha raggiunto una vasta accettazione ed attualmente si può ritenere il migliore sistema di classificazione infermieristico conosciuto universalmente. Il riconoscimento da parte dell'ANA (*American Nurses Association*) ha facilitato l'inclusione di NANDA-I nei criteri dei sistemi di informazione clinica dell'ANA *Nursing Information and Data Set Evaluation Center*. La tassonomia è registrata con un livello 7 (uno standard informatico in sanità) come terminologia per identificare le diagnosi infermieristiche nei messaggi elettronici fra sistemi di informazioni cliniche.

Inoltre le diagnosi NANDA-I sono modellate secondo SNOMED-CT, terminologia standard accettata da importanti organismi americani e britannici, ed è conforme al modello di terminologia per le diagnosi infermieristiche stabilito dall'*International Standard Organization* (ISO).

Anche a livello Italiano gli infermieri "ad un certo punto della loro storia professionale hanno avvertito l'esigenza di registrare per iscritto le note sanitarie inerenti il degente come utile strumento per una maggiore assistenza" (Barbieri G. 2000).

**Il Decreto Ministeriale n. 739 del 1994** "Profilo dell'Infermiere" all'art. n. 3 cita: (l'Infermiere)...

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività,
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi,
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

**La legge 10\08\2000 n. 251** Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della prevenzione, nonché ostetrica, e dispone l'utilizzo di metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza, così come il Codice Deontologico dell'Infermiere (27 febbraio 2009).

Anche le **normative per l'applicazione di Sistemi Qualità, la Certificazione ISO, ed i requisiti per l'Accreditamento in Sanità** richiedono che la documentazione sanitaria rispecchi requisiti di completezza, veridicità e chiarezza ed inoltre che la valutazione iniziale identifichi le esigenze mediche ed infermieristiche, consenta di supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, documentarne il decorso

e promuovere la continuità dell'assistenza.

Pertanto, adottando la pianificazione assistenziale come metodo scientifico per dare risposte specifiche e per lo sviluppo professionale, si pone anche per gli infermieri italiani il problema della definizione dei "bisogni" dei degenti.

Presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Azienda USL di Ravenna già dal 1993 era in atto una revisione annuale della documentazione infermieristica. La cartella utilizzata prima di questo progetto forniva dati prevalentemente sulle attività assistenziali effettuate e sui trattamenti medici eseguiti, senza però definire i bisogni di assistenza e il relativo piano assistenziale.

Nel 1999 si è effettuata una revisione della cartella per descrivere i problemi/bisogni dei degenti, definire gli obiettivi da raggiungere, i relativi interventi e la loro valutazione. Questa revisione, completata nell'aprile del 2001, ha interessato principalmente:

1. **l'accoglimento:** creazione di una scheda di ingresso, con raccolta di notizie anamnestiche/socio demografiche e l'accertamento infermieristico finalizzato alla rilevazione dei bisogni;
2. **la raccolta dati in itinere:** completamento della scheda di monitoraggio dei parametri fisici e anche psichici, utili alla verifica, e all'eventuale riformulazione, del piano assistenziale e farmacologico;
3. **il piano di assistenza guidato:** introduzione di una scheda riguardante la pianificazione con l'elenco delle diagnosi, obiettivi ed interventi più frequenti basata sulla tipologia di problemi e bisogni estrapolati dal diario di alcuni degenti ricoverati presso il SPDC (il tutto elaborato dagli Infermieri con la lettura di circa una cinquantina di cartelle infermieristiche per la costruzione di una casistica).

Lo strumento approntato mancava però ancora di riferimento ad una tassonomia ed a modelli teorici specifici infermieristici.

Nel 2002, con l'approvazione della tassonomia II della NANDA, si è sperimentata l'applicazione della stessa anche a pazienti ricoverati in una struttura di degenza per acuti affetti da patologie psichiatriche di doppia diagnosi relative a fenomeni di tossico dipendenza per:

- analizzare la rispondenza e la rappresentatività della tassonomia scel-

ta rispetto ai problemi dei degenti in SPDC;

- analizzare il grado di fruibilità della tassonomia NANDA attraverso i problemi non rappresentati;
- rilevare le diagnosi infermieristiche più frequentemente usate;
- rilevare, attraverso l'analisi degli interventi maggiormente messi in atto, lo stile di lavoro proprio dell'equipe infermieristica del SPDC ed i bisogni formativi necessari per aumentare la competenza, ottimizzando così la risposta assistenziale ai problemi di salute della persona.

### IL PROGETTO

**DISEGNO e METODO:** questo studio è descrittivo.

Il progetto, sviluppato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL di Ravenna dall'anno 2002 e proseguito nell'SPDC, è scaturito dalla necessità di acquisizione e adozione di un metodo di pianificazione scientifico, rispondente alla tipologia dei problemi di salute presenti nei degenti affetti da patologia psichiatrica acuta.

Esso prevedeva sostanzialmente cinque momenti:

1. acquisizione/approfondimento del metodo della pianificazione;
2. variazione della cartella infermieristica in uso;
3. studio e adozione della tassonomia NANDA;
4. studio dei modelli teorici infermieristici di Virginia Henderson e Hildegard Peplau;
5. sperimentazione in SPDC della nuova cartella infermieristica e della pianificazione con le diagnosi infermieristiche della NANDA.

Per verificare se la tassonomia NANDA rappresenta i problemi dei degenti ricoverati in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, in caso affermativo, che genere di diagnosi infermieristiche rappresenta inoltre quali sono le diagnosi infermieristiche più frequentemente usate, e quale genere di problemi non è rappresentato dalla terminologia della NANDA.

### FASI

**L'apprendimento,** è iniziato nell'anno 2002 e si è sviluppato fino al 2005 per un totale di 90 ore, anticipando con gli specifici argomenti tutta la fase di sperimentazione. Gli eventi formativi sono stati condotti dalla docente e vi hanno partecipato l'80% degli Infermieri del SPDC assieme al coordinatore infermieristico.

Le tematiche delle varie iniziative for-

mativa riguardavano:

- le categorie diagnostiche approvate dalla NANDA;
- i modelli teorici di Virginia Henderson e Hildegard Peplau;
- la metodologia della pianificazione assistenziale;
- le caratteristiche della cartella infermieristica secondo i requisiti dell'O.M.S., della *Joint Commission* e delle norme sull'Accreditamento Istituzionale.

I corsi hanno alternato momenti di lezione frontale con lavori di gruppo e sul campo inerenti:

- l'analisi di programmi assistenziali dei ricoverati in SPDC;
- l'elaborazione di una nuova cartella infermieristica strutturata per consentire ad ogni infermiere di rilevare tutti i problemi di salute, a risoluzione infermieristica, e tradurli in possibili diagnosi infermieristiche NANDA.

Come testi di riferimento si sono utilizzati "Diagnosi Infermieristiche, applicazione alla pratica clinica" di Lynda Juall Carpenito e, successivamente, "Diagnosi Infermieristiche definizione e classificazione" 2003-2004, 2005-2006 e 2007-2008 della NANDA.

**La validazione della cartella,** è stata attuata successivamente all'elaborazione in aula ed è iniziata nel marzo del 2004 e terminata nel gennaio 2005. Ha consentito di verificare la sua efficacia su:

- implementazione della pianificazione con diagnosi infermieristiche NANDA;
- innalzamento del livello medio della competenza clinica dell'infermiere;
- cambiamento della pratica assistenziale con la realizzazione del passaggio dall'assistenza basata prevalentemente su interventi di base, sulla sorveglianza, controllo, osservazione ed esecuzione di prescrizioni mediche (**impersonale**), alla **personalizzazione dell'assistenza centrata sui bisogni reali della persona** ed in grado di produrre modificazioni dello stato di salute del degente grazie ad interventi infermieristici specifici della professione (**nursing avanzato**): si intendono quegli interventi che incidono direttamente sulla **compliance** come quelli sul **coping** e sulla capacità di autogestione della malattia (**empowerment**) o come la ricerca del consenso al trattamento terapeutico e all'adesione-partecipazione concreta al programma assistenziale da parte del degente, con un sempre maggiore coinvolgimento dello stesso e della famiglia (**infermiere responsabile di risultati**);

- riconoscimento del lavoro svolto con il degente attraverso l'evidenza del suo percorso assistenziale rintracciabile nella documentazione infermieristica.

I casi arruolati per la sperimentazione erano costituiti da:

- tutti i ricoverati in SPDC, nel periodo da marzo 2005 a settembre 2008 non solo residenti nell'AUSL di Ravenna;
- ricoverati sia in Trattamento Sanitario Volontario (TSV) che Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

#### ATTUAZIONE

Dal termine del primo corso ai primi mesi del 2004, è avvenuta la preparazione/organizzazione dell'equipe infermieristica del SPDC (coinvolgimento dei colleghi non partecipanti al corso), informazione e coinvolgimento nel progetto del direttore del DSM, del responsabile infermieristico del DSM, del responsabile medico del SPDC e l'allestimento materiale.

Sono state create *schede di pianificazioni singole per la maggioranza delle diagnosi infermieristiche*: inizialmente 14 fino ad arrivare ad un totale di 18 (di cui solo due accorpano 4 diagnosi: una scheda accorpa le diagnosi "Nutrizione inferiore al fabbisogno" e "Nutrizione superiore al fabbisogno" e l'altra accorpa le diagnosi "Autostima cronicamente scarsa" e "Autostima situazionalmente scarsa"). Ciascuna Scheda è completa di obiettivi, interventi e valutazione dei risultati (allegato n° 1).

La scelta di creare schede singole è scaturita dalla necessità di:

- a) avere in un unico foglio il percorso di risoluzione di un determinato problema di salute presente nel degente;
- b) poter registrare ogni volta, grazie alla numerazione, l'intervento effettuato nella colonna dell'attuazione, aggiungendo, solo se necessario, ulteriori specifiche;
- c) poter classificare gli interventi maggiormente utilizzati;
- d) poter rilevare i carichi di lavoro grazie alla quantificazione e qualificazione degli interventi.

Il risultato della taratura delle schede, nella sezione riguardante la pianificazione, è stato un progressivo passaggio dalla descrizione di interventi estrapolati dal testo della Carpenito, ad interventi più mirati alla specificità del degente psichiatrico, dando evidenza di molte delle attività peculiari e dello stile di lavoro presenti nel SPDC.

*Le modifiche effettuate nella documentazione infermieristica sono state considerevoli, soprattutto nella parte della pianificazione, ed hanno interessato:*

1. *le diagnosi infermieristiche NANDA*, sono state aggiunte alcune "cause" rispetto al testo della Carpenito, ma scritte in corsivo per distinguerle dalle caratteristiche definenti maggiori-minori e dai fattori correlati contemplati nel testo. Ad esempio, nella diagnosi "coping inefficace" sono stati aggiunti
  - a. *carenza di informazioni sull'apprendimento di strategie di coping*;
  - b. *carenza di conoscenza di risposte diverse alla frustrazione*;
  - c. *alterata capacità di soluzione dei problemi*;
2. *gli obiettivi*:
  - a. sono stati redatti con *criteri di performance*. Ad esempio, "l'utente dovrà riadattarsi ad un normale equilibrio sonno-veglia dormendo *almeno 6 ore per notte*", oppure "svolgerà le attività di pulizia personale a livello ottimale *senza stimolazione e secondo programma per almeno tre volte consecutive*", oppure "trascorrerà del tempo insieme agli altri degenti *volontariamente almeno 10 minuti al dì*", ecc.;
  - b. sono stati formulati per essere più aderenti alla nostra realtà organizzativa. Ad esempio, "l'utente instaurerà un *rapporto di fiducia con l'Infermiere Referente*", oppure "non chiederà più di *soddisfare richieste non previste dal regolamento di servizio*", ecc.;
3. *gli interventi*, entrano maggiormente nello specifico della realtà organizzativa e delle necessità di assistenza del degente psichiatrico. Ad esempio, "organizzare *incontri tra utente e familiari con tempi strutturati con o senza la presenza dell'Infermiere Referente*", oppure "verificare che l'utente *sosti in sala tv per 1 ora dopo i pasti*", oppure "aiutare il degente a *riconoscere i segni precoci di crisi* (ritiro, alterazioni del ritmo sonno-veglia, modificazioni della capacità di concentrarsi...)", oppure "aiutare il degente a *capire l'utilità di apprendere strategie di coping efficaci* (es. per le allucinazioni uditive ascoltare musica in cuffia) e di riconoscere quelle inefficaci (es. uso di alcol)", ecc.;
4. *l'attuazione*, questa parte della scheda è responsabile della ridu-

zione dell'utilizzo improprio del *diario infermieristico* che contiene sempre meno informazioni relative al piano assistenziale o al monitoraggio dei parametri;

5. *la valutazione*, risponde dell'andamento del programma e la sua compilazione modifica il piano assistenziale.

Da marzo 2004, per la durata di tre mesi, si è effettuata la taratura delle singole schede delle diagnosi infermieristiche con 1 degente per infermiere; da giugno 2004, per la durata di tre mesi, si è effettuata la taratura delle singole schede delle diagnosi infermieristiche con 3 degenti per infermiere; da settembre 2004, fino alla fine dell'anno, si è effettuata la taratura delle singole schede delle diagnosi infermieristiche con tutti i degenti ricoverati.

Nell'anno 2005 si è avviata l'implementazione vera e propria dello strumento con il relativo monitoraggio guidato dal coordinatore infermieristico e periodicamente dalla docente.

Nei primi mesi del 2006 si sono presentati casi con diagnosi infermieristiche non contemplate fra le prime 14 e, grazie anche alla collaborazione degli studenti infermieri del Corso di Laurea in Infermieristica che prestavano tirocinio presso il nostro servizio, si sono aggiunte altre 4 schede:

1. **Rischio di lesione**  
Dominio 11  
Classe 2  
N° 35
2. **Insufficiente volume di liquidi**  
Dominio 2  
Classe 5  
N° 27
3. **Compromissione della mobilità**  
Dominio 4  
Classe 2  
N° 85
4. **Confusione mentale acuta**  
Dominio 5  
Classe 4  
N° 128

Durante l'implementazione, ogni giorno, ciascun infermiere in turno ed il coordinatore infermieristico esaminavano la scheda del monitoraggio dei parametri, rilevavano le disabilità ed i problemi dei degenti, inserivano in cartella infermieristica le relative schede di diagnosi infermieristica NANDA, valutavano l'andamento dei programmi assistenziali già in corso e apportavano eventuali modifiche alle schede eliminando voci non comprensibili o non utilizzate e aggiungendone altre non contemplate.

**RISULTATI**

Sono state esaminate tutte le schede di dimissione dall'SPDC relative a 21 mesi campionati casualmente nel periodo marzo 2005 - settembre 2008.

**Le cartelle infermieristiche esaminate sono state complessivamente 1064** di cui

810 con programma assistenziale . . . . . 76.1%

254 erano senza programma assistenziale . . . 23.8%

Dei 254 degenti senza programma assistenziale

N° 139 (54.7 %) ha avuto una durata della degenza ≤ a 3 giorni

N° 29 (11.4 %) ha avuto una durata della degenza di 4 giorni

N° 86 (33.8 %) ha avuto una durata della degenza ≥ a 5 giorni

Le diagnosi mediche dei degenti senza programma assistenziale sono state per il 75.4 % dei casi le seguenti:

Doppia diagnosi psichiatrica e tossicodipendenza	n° 72	(28.3%)
Disturbo psicotico	n° 36	(14.1%)
Disturbo bipolare: fase maniacale	n° 28	(11.0%)
Disturbo di personalità	n° 28	(11.0%)
Disturbo bipolare: fase depressiva	n° 28	(11.0%)
<b>Totale</b>	<b>75.4 %</b>	

**Negli 810 casi con programma assistenziale**, sono state effettuate 1426 diagnosi infermieristiche con la seguente frequenza:

Tab. N°1 - Frequenza Diagnosi Infermieristiche NANDA

<b>DIAGNOSI</b>	<b>FREQUENZA</b>	<b>%</b>
<b>Inefficace gestione del regime terapeutico</b> Dominio 1 Classe 2 n° 78	438	30.7
<b>Disturbo dei processi di pensiero</b> Dominio 5 Classe 4 n° 130	156	10.9
<b>Coping inefficace</b> Dominio 9 Classe 2 n° 69	134	9.3
<b>Rischio di violenza rivolta a se stessi</b> Dominio 11 Classe 3 n° 140	112	7.8
<b>Rischio di violenza rivolta ad altri</b> Dominio 11 Classe 3 n° 138	100	7.0
<b>Ansia</b> Dominio 9 Classe 2 n° 146	72	5.0
<b>Inefficace mantenimento della salute</b> Dominio 1 Classe 2 n° 99	70	4.9
<b>Compromissione delle interazioni sociali</b> Dominio 7 Classe 3 n° 52	53	3.7
<b>Disturbo del modello di sonno (Insonnia 2007-2008)</b> Dominio 4 Classe 1 n° 95	45	3.1
<b>Deficit nella cura di sé: vestirsi/curare il proprio aspetto</b> Dominio 4 Classe 5 n° 109	42	2.9
<b>Deficit nella cura di sé: bagno/igiene personale</b> Dominio 4 Classe 5 n° 108	41	2.8
<b>Autostima cronicamente scarsa</b> Dominio 6 Classe 2 n° 119	34	2.3
<b>Nutrizione inferiore al fabbisogno</b> Dominio 2 Classe 1 n° 2	30	2.1
<b>Insufficiente volume di liquidi</b> Dominio 2 Classe 5 n° 27	20	1.4
<b>Confusione mentale acuta</b> Dominio 5 Classe 4 n° 128	19	1.3
<b>Rischio di lesione</b> Dominio 11 Classe 2 n° 35	18	1.2
<b>Compromissione della deglutizione</b> Dominio 2 Classe 1 n° 103	15	1.0
<b>Nutrizione Superiore al fabbisogno</b> Dominio 2 Classe 1 n° 1	15	1.0
<b>Compromissione della mobilità</b> Dominio 4 Classe 2 n° 85	8	0.5
<b>Autostima situazionale scarsa</b> Dominio 6 Classe 2 n° 120	4	0.2
<b>TOTALE</b>	<b>1426</b>	<b>100%</b>

Ogni scheda di diagnosi infermieristica presentava degli interventi precodificati derivati dalla sperimentazione, ed altri interventi sono stati aggiunti col tempo. Di seguito si riportano gli interventi maggiormente effettuati per il 65.7% delle diagnosi infermieristiche (ovvero per le prime cinque). **Per una sintesi significativa si riportano solo gli interventi effettuati con percentuale maggiore al 4% suddivisi per singola diagnosi.**

Tab. N° 2 - Frequenza Interventi nella diagnosi "Inefficace Gestione del Regime Terapeutico"

INTERVENTI	FREQUENZA	%
Sviluppare alleanza	437	31.1
Concessione di permessi d'uscita al pz accompagnato	239	17
Monitoraggio assunzione terapia	236	16.7
Educazione sanitaria al pz con segni precoci	100	7.1
Concessione di permessi d'uscita al pz in estemporanea	99	7
Concessione di permessi d'uscita al pz da solo	96	6.8
Concessione di permessi d'uscita lunghi al pz	92	6.5
Altri interventi	106	7.5
<b>TOTALE</b>	<b>1405</b>	<b>100</b>

Tab. N° 3 - Frequenza Interventi nella diagnosi "Disturbo dei processi di pensiero"

INTERVENTI	FREQUENZA	%
Aiuto al pz per distinguere pensieri e realtà	86	11.3
monitorare idee deliranti ed allucinazioni	83	10.9
assicurare un ambiente tranquillo	78	10.2
Aiuto al pz per comunicare malessere	67	8.8
Comunicare e adottare comportamenti chiari e fermi	65	8.5
Valutare orientamento spazio tempo	63	8.2
usare toni e modi rassicuranti	61	8
Altri interventi	257	33.8
<b>TOTALE</b>	<b>760</b>	<b>100</b>

Tab. N° 4 - Frequenza Interventi nella diagnosi "Coping Inefficace"

INTERVENTI	FREQUENZA	%
Aiuto al pz sul rispetto delle regole di reparto	97	18.3
Ridurre confusione e sospettosità	63	11.8
Aiuto al pz ad assumere responsabilità comportamentali	62	11.6
Aiuto a formulare un piano personalizzato x cambiare la situazione	58	10.9
Discutere conseguenze comportamentali	42	7.9
Aiuto a riconoscere l'origine patologica dei sintomi	41	7.7
Aiuto al pz ad evitare invasione degli spazi di altri	35	6.6
Interagire con il pz	34	5.6
Consentire al paziente di ricevere visite	26	4.9
Altri interventi	72	13.5
<b>TOTALE</b>	<b>530</b>	<b>100</b>

Tab. N° 5 - Frequenza Interventi nella diagnosi "Rischio di violenza rivolta a se stessi"

INTERVENTI	FREQUENZA	%
Rassicurare e ascoltare il pz	88	9.8
Incoraggiare pensieri e sentimenti del pz	80	8.9
Assicurare clima tranquillo e sereno	76	8.5
Incoraggiare il pz che è possibile un cambiamento	56	6.2
Osservare aumento deliri/allucinazioni	56	6.2
Far riconoscere fattori scatenanti	47	5.2
Monitoraggio telecamere	44	4.9
Aiuto al pz a riprendere il controllo	36	4.0
Altri interventi	407	45.7
<b>TOTALE</b>	<b>890</b>	<b>100</b>

Tab. N° 6 - Frequenza Interventi nella diagnosi "Rischio di violenza rivolta ad altri"

INTERVENTI	FREQUENZA	%
Evitare situazioni stimolanti	69	8.1
Garantire al pz uno spazio personale	67	7.9
Avvicinare il pz con calma e sicurezza	71	8.3
Aiuto al pz ad assumere le proprie responsabilità	50	5.9
Evitare contestazioni e polemiche	46	5.4
Aiutare ad esprimere la rabbia verbalmente	55	6.4
Non fare promesse vane	43	5.0
Infondere protezione e sicurezza	37	4.3
Prevenire il crescere dell'ansia	61	7.2
Incoraggiare a chiedere aiuto	61	7.2
Altri interventi	287	33.8
<b>TOTALE</b>	<b>847</b>	<b>100</b>

**CONCLUSIONI**

Rispetto alle domande poste all'inizio di questo studio i risultati ci consentono di affermare che:

- la tassonomia NANDA è rappresentativa della maggior parte dei problemi dei ricoverati nel SPDC, in quanto su 1064 dimessi solo per 254 di loro non si è potuto fare diagnosi infermieristica e pianificare. Procedendo all'analisi delle motivazioni che possono avere indotto la mancanza di diagnosi infermieristiche nei 254 dimessi si sono esaminati i rispettivi giorni di ricovero e le diagnosi mediche e si possono fare le seguenti considerazioni: il 54.7% di tali dimessi ha una durata della degenza inferiore ai 4 giorni e, rispetto alla frequenza delle diagnosi mediche riportate, presenta in maniera ricorrente doppie diagnosi. Questo dato pone in rilievo la complessità di approccio a questa tipologia di assistito tale per cui anche la possibilità di fare diagnosi infermieristiche corrette avrebbe richiesto un maggior tempo di osservazione;
- le diagnosi infermieristiche utilizzate hanno considerato sia problemi personali, che processi di interazione sociale e familiare, bisogni fisiologici o la capacità di gestire il regime terapeutico;
- le diagnosi presentatesi con maggior frequenza sono state "Inefficace gestione del regime terapeutico" 30.7 %, "Disturbo dei processi di pensiero" 10.9 %, "Coping inefficace" 9.3 %, "Rischio di violenza rivolta a se stessi" 7.8 %, "Rischio di violenza rivolta ad altri" 7.0%, "Ansia" 5% e "Inefficace mantenimento della salute" 4.9%;
- secondo l'esperienza maturata alcune delle problematiche nell'utilizzo delle diagnosi NANDA sono emerse per descrivere la manifestazione del sintomo, altre in riferimento alla scarsità di "fattori correlati" specifici del paziente psichiatrico. Inoltre appare rilevante segnalare che tutti coloro che presentavano la diagnosi "Deficit nella cura di sé: bagno/igiene personale", avevano sempre anche diagnosi "Deficit nella cura di sé: vestirsi/curare il proprio aspetto".

Le schede, inizialmente, hanno costituito un impegno in più per il personale coinvolto, un lavoro di ricerca e anche motivo, a volte, di sensazione di smarrimento, ma alla conclusione se ne riesce a percepire l'utilità e l'influenza significativa sul cambiamento ottenu-

to, sia riguardo ai comportamenti e alle competenze degli infermieri, sia al modello organizzativo esistente.

Questa esperienza ha reso il personale coinvolto maggiormente consapevole del proprio ruolo ed ha permesso di apprezzare "sul campo" un miglioramento della qualità assistenziale. Questa si è ottenuta attraverso interventi mirati alla modificazione dello stato di salute con la partecipazione dei degenti ai programmi proposti e, là dove possibile, della famiglia.

Le soddisfazioni maggiori si sono proprio ottenute applicando le diagnosi ed i modelli teorici, consegnando il programma assistenziale al degente e coinvolgendo la famiglia.

Gli interventi col tempo sono aumentati e in alcuni casi si sono resi più chiari e dettagliati.

In questo contesto, l'infermiere referente di oggi ha poco in comune con quello di ieri, essendo responsabile del programma di assistenza e del suo sviluppo.

Il presente progetto ha portato alla creazione di uno strumento altamente professionalizzante, l'applicazione della pianificazione in modo più scientifico, ma soprattutto la confrontabilità della capacità diagnostica dell'infermiere con qualsiasi altro professionista utilizzi questa tassonomia e ciò si è potuto realizzare solo grazie alla competenza e al desiderio di crescere professionalmente di tutta l'equipe infermieristica del SPDC.

Indubbiamente i tempi per raggiungere gli scopi prefissati sono stati considerevoli e, nella nostra realtà, la causa maggiore può essere ricercata nella mancanza di stabilità quantitativa e qualitativa all'interno dell'equipe infermieristica (su 24 infermieri, solo 5 fanno parte del gruppo iniziale del corso di formazione). Quanto sopra ha portato all'impegnativo compito di formare, interessare e motivare al progetto infermieri neo assunti, non direttamente coinvolti fin dall'inizio.

Causa minore, ma non meno influente, può considerarsi la resistenza al cambiamento di alcuni infermieri per i quali il nuovo modello assistenziale rappresenta l'abbandono della sicurezza di quel che si è sempre fatto.

A fronte di tutto ciò questo studio porta a concludere che:

- anche in ambito psichiatrico la tassonomia NANDA è stata applicata con efficacia nel 76% dei ricoverati per definire le loro problematiche a risposta infermieristica;

- la possibilità di confrontarsi con tutti i professionisti che in Italia e in altri Paesi utilizzano la tassonomia NANDA è il "valore aggiunto" di questo studio, in quanto la necessità di utilizzare un linguaggio comune ed universalmente riconosciuto è fondamentale per lo sviluppo della professione infermieristica;

- la pianificazione ha consentito di rendere misurabili e quantificabili i risultati dell'intervento infermieristico pertanto di consentire in futuro la possibilità di confrontarsi con gli *outcome* della classificazione NOC (*Nursing Outcomes Classification*).

In futuro ci si pone l'obiettivo di continuare ad utilizzare la tassonomia NANDA con le relative revisioni e di iniziare ad effettuare degli studi sulla congruenza e confrontabilità degli interventi (*Nursing Interventions Classification*) e dei risultati (*Nursing Outcomes Classification*), ovvero della "Tassonomia della Pratica Infermieristica NNN" rispetto a quelli del SPDC. Questo studio ha fornito all'infermiere strumenti nuovi e condivisi dalla comunità scientifica, consentendo di aprire il cammino ad un professionista responsabile dei risultati nella misura in cui è responsabile direttamente dei cambiamenti dello stato di salute della persona.

**RINGRAZIAMENTI**

I nostri più sinceri ringraziamenti vanno alla dottoressa Nicoletta Bertozzi del Servizio Epidemiologia AUSL di Cesena per il prezioso supporto metodologico, l'incoraggiamento fornito agli autori e la pazienza nel seguirli; alla dott.ssa Roberta Mazzoni Direttore della Direzione Infermieristica e Tecnica AUSL Cesena e al dott. Mauro Taglioni Direttore della Direzione Infermieristica AUSL Ravenna per avere promosso, consentito e supportato l'effettuazione del progetto con fiducia, consigli e stimolo agli autori; al dott. Roberto Zanfini e alla dott.ssa Giuseppina Correddu Responsabili del SPDC AUSL di Ravenna durante le fasi di sperimentazione ed implementazione per aver creduto in maniera incondizionata nel progetto; al dott. Vincenzo Scalfari direttore del Dipartimento Salute Mentale AUSL Ravenna per il sostegno dato all'iniziativa, alla dott.ssa Cosetta Marani, Responsabile Infermieristico del Dipartimento Salute Mentale AUSL Ravenna al momento dell'attivazione di tale progetto, per esserne stata la promotrice.



**BIBLIOGRAFIA**

- Acco M., Lussu S., Marzi N., Matteazzi F., Perobelli G., Volpe L., Pagiusco L. (2000) *L'uso delle Diagnosi Nanda nella pianificazione dell'assistenza: introduzione della cartella infermieristica in ematologia* NEU (4) 8-15.
- Barbieri G. *La cartella infermieristica. Profili di responsabilità per l'Infermiere* (2000) Professione Infermiere Anno XII (1) 9-10.
- Berg A. & Wealander Hansson U. (2000) *Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care* Journal of Nursing Management 8, 357-368.
- Capitani R., Di Girolamo A., Politano T. *La cartella infermieristica finalizzata per il monitoraggio di offerta e domande effettive* (2003) ASI (17) 18-21.
- Casati M. *La documentazione infermieristica* (1999) McGraw-Hill.
- Dimonte V. (1998) *Tipologia, struttura e sistemi di classificazione delle diagnosi infermieristiche* Infermiere Informazione (1) 29-34.
- Dimonte V. *Diagnosi infermieristica: le ragioni della nascita e dello sviluppo in Nord America* Infermiere Informazione 29-33.
- Hogston R. *Nursing diagnosis and classification systems: a position paper* (1997) Journal of Advanced Nursing 26, 496-500.
- Johnson M., Bulechek G., McCloskey Dochterman J., Maas M., Moorhead S *Diagnosi Infermieristiche, Risultati, Interventi Collegamenti NANDA, NOC, NIC* Casa Editrice Ambrosiana.
- Kleinbeck S.V.M. (2000) *Dimensions of perioperative nursing for a national specialty nomenclature* Journal of Advanced Nursing 31(3), 529-535.
- Mrayyan M. T. (2005) *The influence of standardized languages on nurses' autonomy* Journal of Nursing Management 13, 238-241.
- NANDA *Diagnosi Infermieristiche definizioni e classificazione 2005-2006* Casa Editrice Ambrosiana.
- Park M., Delaney C., Maas M. & Reed D. M. , (2004) *Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting* Journal of Advanced.
- Thoroddsen A. & Thorsteinsson H.S. (2002) *Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy* Journal of Advanced Nursing 37(4), 372-381.
- Van Achterberg T., Frederiks C. , Thien N., Coenen C. & Persoon A. (2002) *Using ICDH-2 in the classification of nursing diagnoses: results from two pilot studies* Journal of Advanced Nursing 37(2), 135-144.

**• L'assessment infermieristico della persona con stroke in fase acuta: confronto tra la realtà dell'Ospedale Maggiore (OM) di Bologna e quello dello University Medical Center (UMC) di Tucson-Arizona-Stati Uniti.**

**Giulia Cervi**

**laureata in Infermieristica a.a. 2008/2009 c/o Università degli Studi di Bologna**

Nell'anno 2008 la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna ha dato la possibilità agli studenti, attraverso l'assegnazione di dodici borse di studio, di recarsi all'estero per raccogliere dati per l'elaborato finale del proprio corso di studi. Per la prima volta questa possibilità è stata data anche a tutti gli iscritti a lauree triennali sanitarie, e così due studenti iscritti al Corso di Laurea di Infermieristica hanno avuto la possibilità di recarsi in Arizona negli Stati Uniti. Grazie a questo, la sottoscritta, proveniente dal polo formativo di Bologna 2 del Corso di Laurea di Infermieristica di Bologna e, un altro studente di Infermieristica di Ravenna, sono stati per due mesi presso lo University Medical Center di Tucson, Arizona, seguiti dalla Prof.ssa Leslie Ritter, professore associato e docente di *Advance Physiology and Patophysiology* e di *Bioomethods for Nursing Research* presso il *College of Nursing* della *University of Arizona*. I progetti di ricerca infermieristica grazie al quale è stato possibile vincere, sono stati redatti sotto la guida della professoressa Gabriella Formiggini, Docente di Biochimica e Responsabile dei Rapporti Internazionali di entrambi i corsi di laurea Infermieristica di Bologna e Ravenna. Questo soggiorno ha permesso di mettere in relazione, per quanto riguarda la realtà Bolognese: **"L'assessment infermieristico della persona**

**con stroke in fase acuta: confronto tra la realtà dell'Ospedale Maggiore (OM) di Bologna e quella dello University Medical Center (UMC) di Tucson".** Questo lavoro è stato possibile sia attraverso un confronto tra i protocolli dei due ospedali, che attraverso l'esperienza diretta all'interno dell'Unità Cerebro Vascolare del OM e all'interno dell'*Emergency Room* e dell'*Intensive Care Unit* del UMC. Inoltre, di fondamentale importanza, per riuscire a capire il perché di alcune differenze sostanziali tra le due realtà, è stato l'approfondimento dell'iter di studio della figura dell'infermiere. Analizzando infatti il percorso di studi che viene seguito da uno studente del College of Nursing di Tucson, si può capire perché un infermiere dell'UMC ha una grande autonomia. Il College of Nursing prevede quattro anni di studio. I primi quattro semestri preparano lo studente ad entrare all'interno della specialità, anche questa della durata di due anni. La specialità è obbligatoria ed è il requisito che permette di avere la licenza nazionale di infermiere. Questa inoltre, determina il posto in cui il futuro infermiere andrà a lavorare; se infatti vuole cambiare unità operativa, deve seguire un ulteriore corso di studio specifico per quella specialità. La possibilità di procedere con il proprio corso di studi, porta gli infermieri a divenire docenti e ricercatori per la *University of Medicine*, come appunto la Prof.ssa Leslie Ritter. Ogni infermiere dell'UMC, avendo una conoscenza molto precisa di quello che è il suo lavoro all'interno del reparto in cui è, lavora in completa autonomia. Un infermiere dell'*Emergency Room*, ad esempio, nel momento in cui entra l'assistito all'interno del box di cui lui è responsabile, fa immediatamente diagnosi clinica. Nel momento in cui arriva il medico, quest'ultimo non rivaluta la persona ma agisce in base a quello che l'infermiere ha diagnosticato. Per capire ancora meglio le dinamiche di lavoro porto quest'ultimo esempio. Durante un arresto cardio-respiratorio, vi è una divisione netta dei compiti. Abbiamo: un infermiere leader, un infermiere responsabile della somministrazione dei farmaci, un infermiere responsabile del defibrillatore e del carrello

d'emergenza, un infermiere responsabile del massaggio e un infermiere che scrive tutto quello che viene somministrato alla persona, minuto per minuto. Come si può notare non vi è la presenza del medico. Quest'ultimo infatti viene chiamato, ma solo su richiesta dell'infermiere leader, che gestisce l'emergenza in quel momento, interviene o per intubare o per aiutare gli infermieri seguendo comunque le indicazioni del *nurse leader*.

In Italia come ben sappiamo la situazione è assai differente, ma questo è dipeso dal diverso percorso di studi che viene effettuato da un infermiere in questo Stato.

Grazie a questo preambolo è possibile comprendere meglio il lavoro che è stato presentato sull'assessment infermieristico della persona con stroke in fase acuta tra la realtà dell'Ospedale Maggiore di Bologna e quella dello University Medical Center di Tucson, analizzando l'iter extra e intra-ospedaliero che percorre un assistito affetto da stroke ischemico nelle due diverse realtà.

Interessante è appunto vedere le differenze e le similitudini che gli ospedali hanno nel modo di erogare assistenza pur se vengono utilizzate le stesse linee guida dell'American Stroke Association.

L'University Medical Center è un *Primary Stroke Center*. Con questo si intende un insieme di più unità operative con personale qualificato che lavora secondo protocolli per dare una miglior assistenza sia nella fase acuta che nella fase riabilitativa, a persone colpite da un accidente cerebrovascolare.

Sono riconosciute come tali solo le unità che hanno ricevuto la certificazione dalla *Joint Commission*<sup>1</sup>. Quest'ultima è una organizzazione indipendente no profit che accredita e certifica più di 15000 piani organizzativi e programmi negli Stati Uniti. Gli accreditamenti e le certificazioni della *Joint Commission* sono riconosciute da tutta la nazione come simbolo di qualità che riflette una responsabilità organizzativa nel trovare sicure prestazioni.

La certificazione di un *Primary Stroke Center* riconosce quelle strutture che sono in grado di fornire cure appropriate per ogni fase dello stroke, se-

condo gli standard forniti dalla *Joint Commission* stessa.

Gli standard necessari sono l'adesione a specifiche linee guida e importanti requisiti che una *Primary Stroke Center* deve avere come:

- Team per il trattamento della fase acuta;
- Protocolli per il trattamento dello stroke sia in fase acuta che in fase riabilitativa;
- Servizi sanitari di emergenza;
- Dipartimento di emergenza-urgenza;
- Stroke unit (non necessarie se il personale dell'Intensive Care Unit – unità di terapia intensiva, ICU- sono adeguatamente formate sul trattamento dello stroke e se sono disponibili attrezzature per il monitoraggio cardiovascolare, caso del UMC);
- Servizio di neurochirurgia;
- Direttore per lo stroke center per il commissionamento e il supporto dello stesso;
- Servizi immagini neurologiche (TAC, RMN, con risultati disponibili in 25 minuti 24 ore su 24);
- Servizio di laboratorio (risultati disponibili in 25 minuti 24 ore su 24);
- Attività di elaborazione dei risultati e della qualità dei servizi;
- Educazione sulle modalità di assistenza al malato (fisiopatologia dell'ictus, fattori di rischio, programmi riabilitativi) per tutto il personale;
- Programmi di prevenzione sull'ictus.

Questi requisiti sono le fondamenta che servono per un efficace trattamento di un ictus.

Una cosa interessante a cui dare attenzione è che in USA, come specificato sopra, la presenza della Stroke Unit non è fondamentale; infatti questa non è presente all'UMC, ma la troviamo all'Ospedale Maggiore.

Analizzando il percorso di un assistito con stroke, vediamo che l'assistenza extra-ospedaliera all'UMC è garantita dai paramedici (definizione locale). La formazione di questi ultimi avviene attraverso un corso di studio di due anni, nei quali imparano e mettono in pratica tutte quelle tecniche che permettono loro di lavorare in ambulanza e all'interno dell'Emergency Room. Gli strumenti che vengono utilizzati, appunto dai paramedici, sono le seguen-

ti scale: ABC, la *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* (CPSS) e la *Los Angeles Prehospital Stroke Scale* (LAPSS). Per quanto riguarda l'Ospedale Maggiore la realtà extra-ospedaliera è gestita dall'infermiere con l'utilizzo anche qui dell'ABC e della CPSS. A differenza dell'UMC, nella realtà bolognese viene utilizzata l'*Allert Verbal Pain Unresponsive* che analizza in maniera dettagliata lo stato neurologico e di coscienza dell'assistito, come la LAPSS.

Per quanto riguarda invece l'ambito intra-ospedaliero, all'interno dell'Emergency Room dell'UMC, la persona viene rivalutata dall'infermiere attraverso la CPSS, lo stroke's team è già presente per valutare l'assistito. Nel momento in cui la persona con probabile ictus entra in ospedale, la presa in carico è dell'infermiere responsabile del box in cui l'assistito riceverà la prima assistenza.

All'interno del box vi è una grande collaborazione tra infermiere e "paramedics". Questi ultimi, che hanno portato la persona in Emergency Room, collaborano con l'infermiere e i "paramedics" presenti all'interno della stanza per riuscire a dare un quadro il più possibile chiaro del caso e per riuscire a velocizzare l'assistenza.

L'anamnesi viene eseguita dall'infermiere, il quale completa la scheda infermieristica con le informazioni date dall'assistito se collaborante, dai familiari se presenti e dai "paramedics".

Durante l'anamnesi, il paramedico che affianca l'infermiere all'interno del box, si occupa di monitorare l'assistito, di prendere un secondo accesso venoso e di determinare i parametri vitali.

Fatta l'anamnesi l'infermiere visita l'assistito utilizzando a sua volta la Cincinnati Prehospital Stroke Scale e la *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS).

Nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore, l'infermiere triagista rivaluta la persona attraverso l'ABC, la CPSS e la Glasgow Coma Scale.

Se il risultato della GCS è  $\geq 8$ , se i sintomi sono iniziati da meno di 120 minuti e se la CPSS è positiva per almeno un segno, si continua a considerare l'assistito un possibile candidato alla terapia fibrinolitica e quindi a seguire il suddetto protocollo.

L'infermiere in questo momento deve:



- allertare il medico e portare la persona in ambulatorio, possibilmente assieme ai familiari;
- allertare il neurologo in servizio (ore 8- 24) o il medico reperibile (ore 20-8);
- raccogliere la documentazione medica dell'assistito ed i farmaci che sta assumendo;
- eseguire gli esami del sangue (i quali verranno portati al laboratorio, previa telefonata, da un'OSS che all'atto della consegna deve segnalare al tecnico di laboratorio che è una emergenza).

Il medico fa diagnosi di ictus e include l'assistito come candidato alla terapia fibrinolitica, autorizzando così l'esecuzione della TC.

A questo punto da questa unità operativa viene allertato il medico neurologo; nel frattempo, in Stroke Unit, secondo le informazioni che verranno fornite successivamente o che sono già in possesso del personale, viene controllato che nella stanza della fibrinolisi presente in reparto ci sia tutto il materiale occorrente per la somministrazione della terapia.

Quando il neurologo giunge in PS, valuta la TC. Se la tomografia computerizzata risulta positiva, l'assistito viene immediatamente trasferito in reparto Stroke, in maniera che si inizi immediatamente il trattamento fibrinolitico. Nel momento in cui l'assistito entra all'interno della stroke unit, prima della somministrazione della terapia, viene nuovamente valutato attraverso un accertamento che prevede una raccolta di dati anamnestici. All'interno di questi troviamo anche una valutazione con la *scala Rankin* e la NIHSS. La scala Rankin è uno strumento che valuta lo stato di disabilità precedente all'ictus. In questa maniera è possibile valutare il vero danno che la persona ha subito.

Possiamo vedere che la valutazione attraverso la NIHSS e la somministrazione dell'r-TPA nella realtà bolognese avviene dopo il ricovero della persona all'interno della Stroke Unit. A Tucson dopo la somministrazione avvenuta nell'Emergency Room entro i 180 minuti dall'evento, la persona viene ricoverata all'interno dell'Intensive Care Unit.

Per quanto riguarda le tempistiche vi è una differenza totale non indifferen-

te. All'UMC dall'entrata in ER alla somministrazione della terapia trombolitica passano 50'- 60', all'OM ne passano dai 60' ai 90'.

Come emerge dal confronto fatto, la presa in carico della persona affetta da stroke ischemico da parte delle due realtà assistenziali frequentate è differente su alcuni aspetti.

La possibilità di avere una Stroke Unit all'interno dell'ospedale, come nella realtà dell'Ospedale Maggiore, dà la sicurezza alla famiglia e all'assistito di una stabilità, facilitando i rapporti con il personale sanitario che segue la persona e i suoi cari dal momento della somministrazione terapeutica alla dimissione.

D'altra parte, la valutazione immediata che viene fatta all'interno dell'Emergency Room dell'University Medical Center riduce il protrarsi di attese, che possono influenzare la potenziale candidatura al trattamento fibrinolitico, accelerando così la tempistica di somministrazione, e dando, quindi, maggiori possibilità di riduzione dei deficit causati dallo stroke. L'aspetto che risalta di più, sicuramente, è, secondo me, la tempistica d'azione da parte del personale sanitario, che ha range d'azione differenti, i quali portano alla somministrazione della terapia trombolitica per quanto riguarda gli Stati Uniti entro 60 minuti, mentre per l'Italia entro 60- 90 minuti.

Dal punto di vista dell'assessment infermieristico, possiamo dire che l'infermiere all'UMC rispetto l'infermiere dell'OM, visto il percorso formativo fatto, ha maggiore autonomia di azione sulla persona all'interno dell'unità operativa e quindi diversi gradi di responsabilità. Tale autonomia, integrata con le conoscenze, le responsabilità e la collaborazione di tutto il personale sanitario, favorisce un'assistenza immediata e qualificata nei confronti della persona con ictus ischemico.

Tali elementi (tempistica della trombolisi e collaborazione interprofessionale) possono influenzare il grado di benessere della persona affetta da ictus ischemico. E infatti questo deve essere il fine ultimo della nostra assistenza: garantire alla persona che si trova in una situazione di difficoltà il miglioramento della qualità di vita.

## • *Strategie per una continuità di terapia farmacologica sicura*

**Gabriella Negrini**

*Direttore medico Ospedali Area Ovest AUSL Bologna*

**Luisa Martelli**

*Farmacista responsabile servizio politiche del farmaco, Assessorato ai servizi sanitari e sociali Regione Emilia Romagna*

*Il presente articolo è tratto, su gentile autorizzazione dell'Editore, dalla Rivista Rischio Sanità, n.33 Giugno 2009.*

Tra i molteplici eventi indesiderati che si manifestano in ambito sanitario, quelli correlati alla terapia con farmaci occupano una posizione di primo piano nella maggior parte delle rassegne internazionali, per numerosità e rilevanza delle conseguenze.

Quanto al nostro Paese, nonostante i dati disponibili non siano ancora adeguatamente rappresentativi, vi è ragione di ritenere che l'entità del fenomeno sia consistente, sia all'interno delle strutture sanitarie, sia a livello domiciliare.

Dall'analisi dei tipi di eventi si evince che l'incidenza di molti errori si correla con la numerosità dei farmaci assunti e con la frequenza delle transizioni da un ambito assistenziale all'altro.

Evenienze, tutte queste, divenute oggi abituali, come conseguenza di:

- una popolazione di età sempre più avanzata, afflitta da problemi di salute di carattere cronico, con esigenze di trattamenti plurimi e di lunga durata;
- un riordino della complessiva organizzazione sanitaria, avviato da alcuni anni e tuttora in corso, teso a fornire cure appropriate nel rispetto di vincoli economici progressivamente stringenti, con redistribuzione dei servizi su territori di vastità crescente e differenziazione di *setting* assistenziali.

Da qui la necessità di rafforzare i raccordi operativi tra differenti ambiti di cura, con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei pazienti, specie sotto il profilo della continuità delle terapie farmacologiche.

Al riguardo, gli strumenti messi in campo a livello internazionale, oltre a una maggiore padronanza della gestione

della terapia da parte dello stesso paziente<sup>1</sup> o di chi lo assiste, consistono essenzialmente in:

- riconciliazione delle terapie;<sup>2</sup>
- revisione periodica delle terapie;
- scheda terapeutica personale.

### Riconciliazione

La riconciliazione è il processo che, in occasione di un passaggio da un ambito di cure a un altro - ad esempio: dal domicilio all'ospedale o in struttura di lungodegenza - consiste nel confrontare l'elenco dei farmaci che il paziente risulta avere in corso di assunzione con quelli che dovrebbero essergli somministrati nella particolare circostanza, per valutare se sussistano lacune, duplicità, incompatibilità o altre inconsistenze e decidere in conseguenza.

Per procedere alla riconciliazione è fondamentale disporre di conoscenze ragionevolmente certe riguardo alla terapia in atto.

Questa iniziale fase del processo, tuttavia, è frequentemente caratterizzata da grande incertezza.

Nei ricoveri programmati (ordinari e di day hospital), l'assistito dovrebbe essere accompagnato da una nota informativa, redatta dal suo medico di medicina generale, riassuntiva dei principali problemi di salute e dei trattamenti in corso.<sup>3</sup>

Quando questo non si verifica oppure nei ricoveri in urgenza che non siano stati disposti dal medico curante, come giungere a conoscere i farmaci che il paziente stava assumendo fino a quel momento?

A condizionare l'acquisizione di notizie affidabili e complete concorrono diversi fattori, dipendenti:

- dal paziente: stato di coscienza, livello di collaborazione, capacità di esprimersi nella nostra lingua;
- da eventuali *caregiver* presenti: conoscenza aggiornata e dettagliata delle terapie del paziente;
- dalla disponibilità di aggiornati documenti sanitari o dati clinici;

- dalla possibilità di un tempestivo contatto con il medico di scelta del paziente ecc...

Non è infrequente che la comunicazione dei farmaci in corso, sia da parte del paziente sia delle persone che lo assistono, avvenga esibendo le confezioni dei medicinali, di parti delle stesse (ritagli della confezione primaria, non sempre comprensivi di dati completi del prodotto, *blister* ecc..) o di foglietti illustrativi.

Elementi, tutti questi, di per sé inidonei a fornire una rappresentazione compiuta del trattamento farmacologico effettivamente seguito dal paziente.

Innanzitutto, perché la mera esibizione dei medicinali - specie da parte di familiari - non garantisce che quei prodotti fossero in corso di assunzione; in secondo luogo, per il fatto che, oltre la denominazione commerciale o del principio attivo, è importante conoscere dosaggio, posologia, durata del trattamento.

In aggiunta ai farmaci soggetti a prescrizione medica, è opportuno non trascurare la ricognizione dei prodotti di automedicazione (OTC), dei medicinali liberamente acquistabili (SOP), dei farmaci omeopatici e dei fitoterapici, per gli effetti significativi che alcuni di essi possono produrre direttamente o per le interferenze che possono ingenerare con altri principi attivi.

Talvolta, anche il contatto con il medico curante non risolve il problema di una esaustiva e sicura conoscenza delle terapie in corso, poiché alcuni medicinali possono essere stati prescritti da un altro medico, senza che il curante ne sia stato messo al corrente, oppure perché il paziente ha assunto prodotti non soggetti a prescrizione.

Nonostante queste riserve, il curante costituisce solitamente la fonte informativa più affidabile.

In assenza di informazioni sicure, la valutazione delle terapie riferite in atto dovrebbe essere improntata a massima prudenza, soprassedendo al prosieguo di trattamenti che non appaiano strettamente indispensabili.

Nel Manuale di accreditamento degli ospedali del 2008,<sup>4</sup> Joint Commission International (JCI), relativamente alla documentazione sanitaria, richiede che la cartella clinica contenga un

elenco di tutti i farmaci in corso al momento del ricovero e che l'informazione venga messa a disposizione di tutti gli operatori che si prendono cura del paziente nonché dei farmacisti.

A chi affidare il compito della riconciliazione?

Potrebbe trattarsi dello stesso medico che provvede alla prescrizione all'ingresso, ma se questo non fosse possibile - ad esempio, in condizioni di urgenza oppure per carenza di informazioni sulle terapie pregresse - dovrebbe prevedersi l'intervento di un altro medico, entro un intervallo temporale quanto più possibile contenuto.

Per evitare che un intervento così significativo sia lasciato alla spontanea iniziativa dei diversi professionisti, sarebbe auspicabile l'adozione di un puntuale indirizzo della struttura sanitaria.

I trasferimenti all'interno di un ospedale o tra strutture afferenti al medesimo presidio ospedaliero, seppure non indenni da rischi di incongruenze, possono tuttavia beneficiare della continuità documentale assicurata da un'unica cartella clinica, della più agevole possibilità di raccordo tra i sanitari e tra questi e il servizio interno di farmacia.

Un momento di grande criticità - e non minor rilievo - è sicuramente quello della dimissione, poiché è allora che si crea il ponte verso il seguito assistenziale del paziente, al domicilio o presso altra struttura di accoglienza.

L'attuale strumento cardine per garantire continuità di assistenza è la lettera di dimissione, relazione medica contenente la sintesi delle cure fornite al paziente nel corso del ricovero.

Completezza e accuratezza della sua redazione sono requisiti che condizionano le successive decisioni terapeutiche.

Il contenuto della lettera di dimissione è specificamente definito, nell'ambito della disciplina sulla documentazione sanitaria, in alcune regioni (es.: Lombardia,<sup>5</sup> Veneto,<sup>6</sup> Marche<sup>7</sup>) o

1 V. iniziativa dell'Agency for Healthcare Research and Quality USA "Your Medicine: Play It Safe". In <http://www.ahrq.gov/consumer/safemeds/safemeds.htm#1> Way.

2 Medication reconciliation nei Paesi anglosassoni; Bilan comparatif des médicaments in Canada.

3 L'Accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale del 2005, all'art. 51, comma 9, prevede: "La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato E) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale".

4 Il Nuovo Manuale 2008 degli Standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali (versione in lingua italiana). Progea Srl, Milano.

5 [www.sanita.regione.lombardia.it/script/downloadpdf.asp?id1=pubblicazionivarie/&id2=cartella\\_clinica\\_2007.pdf&id3=PD F](http://www.sanita.regione.lombardia.it/script/downloadpdf.asp?id1=pubblicazionivarie/&id2=cartella_clinica_2007.pdf&id3=PD F)

6 [www.consiglioveneto.it/crvportal/leggi/2007/071r0034/html](http://www.consiglioveneto.it/crvportal/leggi/2007/071r0034/html)

7 In BUR Marche n. 101 del 19/10/2006, Decreto dirigenziale 207 del 9/10/2006.

in singole aziende sanitarie, oltre che nelle raccomandazioni di JCI.<sup>8</sup>

Posto che la lettera di dimissione deve esporre le terapie attuate e quelle raccomandate per il seguito, per quanto attiene al tema qui trattato, un problema ricorrente - per il trattamento della medesima condizione patologica - riguarda la diversità tra la terapia praticata durante la degenza e quella ordinariamente seguita dal paziente al di fuori dell'ospedale.

Le diversità possono interessare la complessiva impostazione terapeutica, in conseguenza di un diverso approccio clinico, della scelta di principi attivi simili oppure di uguali principi attivi, ma di prodotti commerciali differenti.

In ogni caso, alla dimissione è indispensabile che, oltre alle comunicazioni destinate al medico prescelto dall'assistito, si abbia cura di fornire adeguate spiegazioni - preferibilmente scritte - di carattere eminentemente pratico e in modalità ben comprensibili al paziente o ai suoi *caregiver*.

Compito questo che potrebbe essere svolto a pieno titolo dal farmacista, ad esempio in occasione della distribuzione diretta dei farmaci.

Va tenuto presente che il fabbisogno informativo dei pazienti è oggi di intensità nettamente superiore al passato e che una loro crescita di consapevolezza va riguardata con molto favore, quale presupposto per una miglior *compliance* e per una partecipazione attiva alla gestione in sicurezza delle cure.

Sulla base delle risultanze dell'analisi di migliaia di errori relativi alla farmacoterapia - prevalentemente ascrivibili a problemi di trascrizione, deficit di documentazione, difetti di comunicazione, interruzione del flusso di lavoro - nella primavera 2007, l'OMS e JCI hanno lanciato l'iniziativa "*Assuring medication accuracy at transition of care*".

Un ruolo fondamentale nella strategia di difesa dagli errori assume la *medication reconciliation* (MR) che, se-

condo le stime di *Joint Commission*, consentirebbe di evitare il 70% degli eventi indesiderati e il 15% delle reazioni avverse da farmaci.

Gli step attraverso cui si sviluppa la MR sono così definiti:

1) Stilare la lista dei farmaci in uso al domicilio, comprendendovi farmaci soggetti a prescrizione, vitamine, integratori, fitoterapici, droghe, alimenti con possibili interferenze, e precisando per ciascun prodotto: dosaggio, frequenza, via di somministrazione e tempo dell'ultima dose. Necessario altresì dar conto di allergie e intolleranze.

2) Validare la lista in collaborazione con il paziente, se possibile, oppure con un familiare. Si raccomanda di assegnare la responsabilità della compilazione della lista a professionisti che abbiano sufficiente esperienza.

3) Sistemare la lista nella documentazione clinica dell'assistito, in posizione ben visibile e facilmente rintracciabile da chi prescrive.

4) Stilare l'elenco dei farmaci da prescrivere per le occorrenze del paziente in quel momento.

5) Raffrontare le 2 liste di farmaci: se dal confronto emergono problemi, provvedere a riconciliazione, assegnando la responsabilità di questa operazione a un professionista a provvisto di sufficiente esperienza. La MR dovrebbe essere attuata, di norma, entro 24 ore dall'ingresso del paziente; quanto più tempestivamente possibile in presenza di farmaci ad alto rischio, di variazioni di dosaggio potenzialmente molto pericolose o di tempi di somministrazione aumentati.

Si sostiene che il coinvolgimento del paziente - se possibile - e dei suoi familiari è fondamentale per prevenire errori di prescrizione e somministrazione.

Per garantire una decisione appropriata, si consiglia di facilitare il sanitario nell'accedere a qualificate informazioni sui farmaci e nel fruire del supporto di un farmacista.

6) Comunicare la nuova lista derivata dalla MR ai *caregiver* e, se possibile, al paziente.

L'avvenuta riconciliazione dovrebbe sempre essere registrata nella documentazione clinica. Gli esperti suggeriscono di usare *form standard* sia per stilare le liste dei farmaci, sia per tracciare gli *step* della MR.

Per il successo del modello, si ritengono indispensabili:

- una *leadership* che lo supporti con convinzione;

- la partecipazione attiva di tutti i professionisti sanitari coinvolti nel percorso di cura: medici, infermieri, farmacisti, tecnici di farmacia ecc., secondo il ruolo loro assegnato dalla *policy* aziendale;

- un *team* di implementazione e formazione degli operatori.

Di riconciliazione si è occupato anche il *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) inglese e la *Patient Safety Agency* (NPSA) dello stesso Paese, con il varo, nel dicembre 2007, del progetto triennale "*Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital*".<sup>9</sup>

Si è partiti dall'osservazione che gli errori connessi alla continuità di terapia si verificano più comunemente in occasione dei cambi di *setting* di cura e, in particolare, al momento del ricovero, riferendo di recenti revisioni di letteratura che riportano variazioni del 30% - 70% tra i farmaci che i pazienti avevano in corso prima del ricovero e quelli prescritti post ammissione.

Precisato che la riconciliazione ha l'obiettivo di garantire che i medicinali prescritti all'ingresso in struttura di ricovero corrispondano a quelli che il paziente assumeva in precedenza, è stato definito il set minimo di dati da raccogliere: nome del farmaco, dosaggio, frequenza e via di somministrazione.

Per la stesura della lista dei farmaci in assunzione, si è evidenziata la necessità di coinvolgimento del paziente e/o di suoi accompagnatori e si è previsto il ricorso alla documentazione redatta nelle cure primarie.

Il progetto mira a estendere l'approccio a tutte le organizzazioni sanitarie accettanti pazienti adulti, sia per i ricoveri in elezione sia per quelli in urgenza.

Per un efficace processo di riconciliazione, si è poi delineata l'esigenza di un tempestivo coinvolgimento della figura del farmacista.

Le fasi della riconciliazione sono così descritte:

- raccolta di informazioni sulla storia della terapia precedente l'ammissione, ottenuta utilizzando le più recenti e puntuali fonti informative, al fine di ottenere un elenco completo e aggiornato;

8 Manuale JCI 2008, standard ACC 3.2. La Lettera di dimissione è strutturata in otto sezioni: motivo del ricovero, riscontri e accertamenti fisici e di altro genere significativi, diagnosi e comorbilità significative, procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite, terapia farmacologica significativa e altre terapie significative, condizioni del paziente alla dimissione, terapia farmacologica alla dimissione con indicazione di tutti i farmaci da assumere a domicilio, istruzioni di follow-up.

Un esemplare della lettera va archiviato in cartella clinica, uno va consegnato al paziente, un *terzo* va inviato al medico responsabile della continuità delle cure o del follow-up.

9 In <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897>.

- confronto tra questa lista e la prescrizione all'ingresso in ospedale, garantendo che ogni eventuale discrepanza sia risolta con decisioni appropriate;
  - comunicazione documentata di ogni modifica, omissione, discrepanza.
- Si sono analizzati quindi i principali fattori contribuenti alla genesi di errori nel processo di riconciliazione:
- impossibilità di accedere alla lista dei farmaci prescritti dal medico curante;
  - discrepanze tra i farmaci prescritti dal medico curante e quelli che il paziente sta assumendo (ad esempio, perché il paziente ha smesso di assumerne alcuni oppure perché qualche medicinale è stato acquisito diversamente, come i prodotti OTC, quelli a base di erbe medicinali...), o per il fatto che la dose assunta non è corretta;
  - difficoltà nell'ottenere un resoconto accurato in presenza di barriere linguistiche oppure da un paziente con patologia acuta, difetti sensoriali o cognitivi, in mancanza di familiari o accompagnatori;
  - errori nella trascrizione dei farmaci in cartella clinica.

In Canada, già nella 2<sup>a</sup> metà degli anni '90, alcuni farmacisti innovatori, ospedalieri e di comunità avevano avviato progetti pilota indipendenti volti a stabilire la fattibilità di un sistematico raccordo delle terapie, denominato *Bilan comparatif* (BC),<sup>10</sup> nonché di servizi di continuità assistenziale.

In meno di 10 anni, questi servizi, dallo stadio di studi pilota, sono diventati una priorità negli impegni nazionali per la sicurezza dei pazienti.

Il BC è stato poi posto tra gli obiettivi 2005 del *Conseil canadien d'agrément des services de santé* (CCASS), in tema di patient safety.

L'*Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments* (CISMP) ha prodotto nel 2007 il documento «*Trousse en avant: Bilan comparatif des médicaments. Prévention des événements iatrogènes médicamenteux*».<sup>11</sup>

10 *Le bilan comparatif des médicaments et la revue des médicaments: des processus complémentaires pour l'utilisation sécuritaire des médicaments en soins de longue durée.* Bulletin de l'ISMP du Canada, vol 7, n. 9, 30/12/2007.

11 *Trousse en avant: Bilan comparatif des médicaments. Prévention des événements iatrogènes médicamenteux guide pratique.* In <http://www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca/Default.aspx?folderId=83&contentId=125>  
In [http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/EAPSSS/pdf/Trousse2\\_BCM.pdf](http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/EAPSSS/pdf/Trousse2_BCM.pdf).

Il bilancio comparativo (BC) è definito come un processo formale teso a ottenere:

- una lista completa e precisa dei farmaci assunti da ogni paziente - preferibilmente con la sua partecipazione -, passando in rassegna e confrontando ogni possibile fonte informativa, per sviluppare il miglior schema terapeutico possibile;
- il confronto di questo elenco con le prescrizioni mediche relative all'accettazione, al trasferimento o alla dimissione di un assistito;
- evidenza delle discrepanze, da portare all'attenzione del medico responsabile del caso.

Riguardo alla figura professionale incaricata di provvedere al BC, si prevede possa trattarsi di un farmacista, un infermiere o un medico.

Il BC è stato incluso tra le sei strategie della campagna nazionale "*Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*" (In <http://www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca/Default.aspx?folderId=83&contentId=125>), dell'*Institut canadien sur la sécurité des patients* (ICSP), con riferimento ai ricoveri di breve durata.

In aprile 2008, lo stato del Québec, ha adottato il BC come una delle strategie del progetto "*Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé*" (In [http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/EAPSSS/pdf/Trousse2\\_BCM.pdf](http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/EAPSSS/pdf/Trousse2_BCM.pdf)) (EAPSSS) per le cure di lunga durata.

Risultati preliminari di molte strutture sanitarie indicano che il BC aumenta la possibilità di intercettare incidenti connessi a farmaci (es.: permettendo di cogliere interazioni tra principi attivi, effetti indesiderati, impiego di prodotti senza indicazioni o con dosaggio inappropriato ecc...).

Il BC avviene generalmente in occasione del passaggio del paziente dall'ospedale al territorio, ma si ravvisa la necessità di attuarlo anche nella direttrice territorio-ospedale, dall'ospedale alle residenze di lungodegenza e all'interno dell'ospedale stesso.

Se la garanzia della continuità delle cure coinvolge una molteplicità di figure professionali, non v'è dubbio che l'impegno più consistente abbia riguardato i farmacisti, determinando problemi di gestione, a motivo delle limitate risorse a disposizione.

L'auspicio è che il BC sia il punto di partenza per la piena realizzazione di servizi di continuità assistenziale.

## Revisione di terapia

In tema di terapia con farmaci, il citato Manuale JCI 2008 prescrive l'esecuzione, da parte di un farmacista o di altro professionista competente, di verifiche di appropriatezza delle prescrizioni e delle richieste di medicinali.

Si specifica che la revisione deve sempre essere attuata per prescrizioni nuove oppure modificate nel dosaggio o in qualche altro parametro.

La valutazione si estende a diversi aspetti:

- appropriatezza di principio attivo, dosaggio, frequenza, via di somministrazione;
- allergie e ipersensibilità accertate o potenziali;
- interazioni tra farmaci e tra questi e gli alimenti;
- deviazioni da indirizzi terapeutici definiti dalla struttura sanitaria;
- controindicazioni.

Si demanda quindi alla struttura sanitaria di stabilire quali informazioni, inerenti la persona assistita, siano indispensabili per permettere una revisione realmente efficace, prevedendo comunque che, in presenza di dubbi, si provveda a contattare il prescrittore del farmaco.

In stretta analogia, le Autorità canadesi hanno previsto la revisione dei farmaci, quale processo complementare del BC, da effettuare con regolarità, specie nel corso delle cure di lunga durata.

Positive risultanze sono state ottenute da studi condotti nel Regno Unito, dove la revisione effettuata da un farmacista, in unità di lungodegenza, ha portato a una riduzione sensibile del numero dei farmaci prescritti nonché del numero delle cadute dei pazienti.

## Scheda terapeutica personale

Le osservazioni che precedono e alcuni elementi epidemiologici: l'elevarsi dell'età degli assistiti, la prevalenza di patologie croniche, l'alta frequenza di terapie multiple, impongono di ricercare modalità adeguate per veicolare con certezza i dati inerenti i trattamenti farmacologici. Occorre individuare uno strumento che funga da testimone tra i diversi attori del sistema sanitario e, al contempo, da guida per il paziente e chi lo accudisce, nella gestione quotidiana delle terapie.

Potrebbe assolvere a queste funzioni una scheda terapeutica, convenientemente strutturata, recante l'elenco dei farmaci prescritti - completo di denominazione, dosaggio, modalità e periodo di assunzione, indicazione

terapeutica e corredato di note esplicative per l'uso - e di altri prodotti che il paziente assume.

Questa scheda dovrebbe accompagnare il paziente lungo ogni suo percorso assistenziale. A chi richiederne la redazione e l'aggiornamento?

Il contenuto misto della scheda - prescrizioni, consigli, note... - consente di ipotizzare la partecipazione di più figure professionali: il medico, in primis, ma altresì il farmacista e l'infermiere.

A prescindere dal medico prescrittore, per ogni altro professionista si porrà il problema di trascrivere le prescrizioni, attingendo da fonte informativa sicura: si ripresenta quindi, anche a questo iniziale livello, il problema della ricognizione sicura delle terapie già prescritte.

Quanto ai prodotti diversi dai medicinali, tutti i professionisti coinvolti nella stesura della scheda dovranno necessariamente riportare quanto riferito dal paziente o da chi lo assiste.

Tra le note potranno essere riferiti eventuali scostamenti dallo schema terapeutico attuati dal paziente, significativi problemi insorti in seguito alla terapia, intolleranze ecc..

Prudenza e diligenza consigliano di annotare, in ogni caso, la fonte da cui i dati sono stati tratti.

La scheda si configurerebbe come un documento sanitario, costituito da una pluralità di registrazioni, riconducibili a professionisti diversi per formazione, status giuridico (dipendenti da strutture pubbliche o private, liberi professionisti) e agenti in momenti distinti, in analogia a un diario di cartella clinica integrata, dove trovano spazio le scritture di sanitari di differente qualificazione.

Per ogni registrazione, pertanto, non potranno difettare i requisiti documentali di carattere generale: coordinate spazio-temporali, identità del redattore e sua eventuale afferenza a una struttura sanitaria; chiarezza grafica ed espositiva; tempestività; veridicità; accuratezza e pertinenza.

Evidenti i pericoli derivanti dalla circolazione di una scheda a contenuto incompleto, non aggiornato o, peggio, non rispondente al vero.

In occasione di ogni modifica di terapia, la scheda dovrebbe essere aggiornata, con compilazione di un nuovo elenco dei trattamenti da attuare da quel momento in poi, per un tempo ben determinato.

Si creerebbe, in tal modo, una sequenza cronologica di schemi terapeutici

che potrebbe aiutare i medici a comprendere la dinamica dei cambiamenti e valutare gli effetti positivi o negativi. La custodia della scheda dovrebbe essere demandata al paziente, raccomandandogli di portarla con sé in occasione di ogni contatto con personale sanitario, per ragioni attinenti alla propria salute.

Sul finire del 2008, il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha lanciato l'iniziativa di informazione e promozione culturale "Uniti per la sicurezza", articolato in sezioni rivolte a diversi destinatari.

Nella guida indirizzata ai cittadini "È la mia salute e io ci sono", al punto 3, a titolo "Faccio attenzione alle medicine", si dice: "Porto sempre con me e consegno a medico la lista delle medicine che prendo (eventualmente anche i foglietti delle istruzioni dentro le confezioni).

*Comunico anche che assumo prodotti omeopatici, integratori, infusi e pasticche o altro che ho comprato in erboristeria.*

*Riferisco se sono allergico a qualche farmaco o quelli che so che non osso prendere in combinazione con altri.*

*Al medico chiedo di farmi un elenco delle medicine, come e quando debbo prenderle, e di spiegarmi eventuali effetti.*

*Quando torno a casa dall'ospedale, e comunque SEMPRE quando inizio a prendere UNA NUOVA MEDICINA, leggo bene il nome, controllo che sia proprio quella che mi ha prescritto il medico e leggo con attenzione le avvertenze per l'uso. Se mi sembra che non sia la medicina prescrittami, o mi provoca effetti strani, avverto subito il medico ".*

Al punto 10, a titolo "Chiedo istruzioni scritte alle dimissioni", si afferma "Prima di lasciare l'ospedale, chiedo di spiegarmi cosa dovrò fare a casa e come.

*Se possibile, mi faccio scrivere tutte le indicazioni, in modo da evitare eventuali dubbi.*

*Chiedo inoltre che mi scrivano:*

*a) il nome della persona a cui rivolgermi in caso di necessità e il numero di telefono... ".*

Nella Guida rivolta ai familiari, al punto 3 si riporta: "Fate attenzione alle medicine. Ricordate al vostro caro di chiedere al medico la lista delle medicine che deve prendere, con scritto anche quando e come.

*A casa, aiutatelo a ricordare di prenderle al momento giusto e state attenti alla giusta dose (leggete bene le pre-*

*scrizioni ed eventualmente chiedete ancora). È molto importante che a casa le medicine siano conservate nel modo giusto (chiedete al medico o all'infermiere) e ... occhio alla scadenza!*

*Se vi sembra che la medicina produca effetti strani o reazioni negative, avvertite subito il medico o l'infermiere".*

Nell'ulteriore guida indirizzata ai volontari, al punto 2 è detto: "Fai attenzione alle medicine.

*Se noti che il paziente assume farmaci diversi da quelli prescritti o prodotti di erboristeria o integratori o omeopatici, segnalalo all'infermiere. Aiuta a ricordare all'assistito di prendere le medicine negli orari e nella dose prescritti. Se ti sembra che le medicine producano reazioni strane, avverti subito il medico o l'infermiere".*

Oltre confine, negli USA,<sup>12</sup> alla dimissione, si richiede che oltre alla lista aggiornata dei farmaci, destinata a chi dovrà seguire il paziente, sia prodotto un elenco completo dei farmaci che la persona deve assumere, con le indicazioni delle modalità concrete di assunzione.

Il paziente viene incoraggiato a portare con sé la lista e condividerla con ogni sanitario con cui si rapporta: medico, infermiere, farmacista o altri e a provvedere lui stesso alla compilazione.

Ai pazienti sono date indicazioni del tipo:

- tenete sempre con voi questo modulo;
- presentatelo in occasione di ogni visita, esame diagnostico, valutazione pre-ricovero o pre-intervento chirurgico, visite in corso di ricovero e alla dimissione;
- aggiornatelo a ogni cambio di terapia; quando un farmaco viene interrotto, tracciate una riga sopra e registrate la data di stop;
- chiamate il medico, l'infermiere o il farmacista se avete bisogno di aiuto per compilare il modulo;
- nella sezione "commenti", registrate: nome del medico che vi ha detto di prendere la medicina, il motivo (es.: pressione alta...);
- dite ai vostri familiari, amici, vicini dei benefici di usare questo modulo;
- quando verrete dimessi dall'ospedale, avrete un aggiornamento del mo-

12 Un esempio di Medicine Record Form: <http://www.ahrq.gov/consumer/safemeds/safeform.htm>.

dulo; questo sarà rivisto insieme a voi e ve ne sarà data copia;  
- quando tornerete dal vostro medico, prendete con voi gli l'aggiornamento e tenete lo sempre con voi: questo manterrà tutti aggiornati sui vostri farmaci.

Lo stato canadese dell'Ontario, nell'ambito del programma "Med Checks",<sup>13</sup> volto ad accrescere la consapevolezza dei pazienti sui farmaci loro prescritti, ha previsto che le persone che assumono tre o più farmaci, per una o più condizioni croniche, abbiano la possibilità di accedere a una consultazione gratuita con il loro farmacista almeno una volta l'anno.

Secondo il programma, ai farmacisti viene poi richiesto di redigere, per ogni paziente, una lista completa dei farmaci prescritti, di quelli che non necessitano di prescrizione e di quelli di medicina alternativa che il paziente sta assumendo.

Una copia di questa lista deve essere fornita al paziente, a un familiare o caregiver e una copia ulteriore va consegnata al medico curante.

Per il Ministero della Salute e delle Cure Croniche, solo il 50% dei pazienti segue le istruzioni sulla corretta assunzione dei farmaci.

A motivo di questi scostamenti, produttivi di effetti avversi, si è stimato che muoiano in un anno circa 12.000 canadesi.

Un contributo di straordinaria importanza dovrebbe giungere, in tempi ravvicinati, dall'avvio dei progetti di sanità elettronica, sia attraverso interconnessioni tra i principali attori del sistema sanitario (MMG, ospedali) sia con l'implementazione del fascicolo sanitario personale.

La disponibilità *on line* di documentazione sanitaria o di dati relativi a terapie, problemi di salute ecc... permetterà di assistere un paziente, supportati da aggiornate conoscenze del suo stato di salute, potendone seguire l'evolvere nel tempo e nello spazio allargato di un'intera regione.

All'orizzonte si intravedono quindi:

- una semplificazione dei flussi informativi tra la cartella personale del paziente, gestita dal suo medico curante, e le strutture di ricovero (notifica di eventi dagli erogatori al MMG, trasmissione di estratti di cartella del MMG agli erogatori...);
- la gestione di una scheda personale di terapia, aggiornabile in tempo

reale dai principali professionisti coinvolti nelle cure, facilitando così i processi di riconciliazione e di revisione.

Condizione essenziale per la realizzazione di tutto questo sarà, peraltro, il consenso del paziente allo scambio informativo di suoi dati sensibili, nel rispetto dei disposti normativi definiti dal d.lgs. 196/2003 - c.d. codice della privacy - e dei provvedimenti del Garante della tutela dei dati personali.

La lucentezza della gestione informatica su accennata potrebbe essere appannata da alcune insidie, da affrontare con debita consapevolezza.

A prescindere da azioni illecite, le informazioni consultabili potrebbero, ad esempio:

- recare errori non tempestivamente intercettati;
- essere parziali, a causa di dinieghi opposti dal paziente all'immissione di taluni dati in rete, con conseguente rappresentazione incompleta delle reali condizioni;
- non essere aggiornate.

I traguardi a cui tendere sono indubbiamente impegnativi, per l'esigenza di diffondere nuovi modelli culturali e operativi coinvolgenti un gran numero di professionisti, ma si ha ferma convinzione che si tratti di azioni da intraprendere con sollecitudine per contribuire a rendere più sicure le terapie farmacologiche.

## • Furto di identità: la sostituzione di persona in esami di laboratorio

**Gabriella Negrini**

*Direttore medico Ospedali Area  
Ovest AUSL Bologna*

*Il presente articolo è tratto, su gentile autorizzazione dell'Editore, dalla Rivista Rischio Sanità, n.32 Marzo 2009.*

### Introduzione

I servizi di diagnostica operanti su campioni biologici - laboratori di analisi, anatomie patologiche ecc... - da diverso tempo hanno adottato rigorose procedure, tese ad assicurare una corretta esecuzione di esami, esitanti in referti in grado di condizionare successive decisioni cliniche.

I provvedimenti operativi interni ai servizi diagnostici, tuttavia, non sono sufficienti a garantire un risultato di qualità se il materiale oggetto di indagine è frutto di prelievo in ambito esterno (ad esempio: centri prelievo, reparti di degenza).

La cosiddetta fase preanalitica,<sup>1</sup> affidata a una moltitudine di operatori sanitari (medici, infermieri) e non (ausiliari, vettori dei materiali biologici, amministrativi ecc..) condiziona inevitabilmente le tappe successive e quindi la qualità del prodotto finito.(1)

I problemi connessi a questa fase sono abbastanza frequenti e spaziano dall'identificazione delle persone da cui i campioni sono stati tratti alle modalità di prelievo, dall'etichettatura dei contenitori alla conservazione dei materiali per il tempo che precede la loro consegna all'unità diagnostica e altro ancora.



1 Per "preanalitica" si intende la fase che inizia con il prelievo del campione, include la sua conservazione e il trasporto alla sede di analisi e si conclude con l'esecuzione delle indagini richieste.

L'evento indesiderato più ricorrente, come emerge anche dalle rassegne internazionali, riguarda il processo di identificazione.<sup>2</sup>

L'analisi di questi accadimenti espone criticità relative soprattutto a:

- riconoscimento del paziente;
- individuazione dell'assistito da insiemi anagrafici, per la frequente presenza di omonimie;
- intestazione dei campioni biologici;
- collegamento tra generalità del paziente e codice identificativo del campione;
- scambio di provette.

Alla base di tali eventi sono per lo più: assenza o vizi di procedure, carenze di diligenza, scorciatoie operative, distrazioni, sproporzione tra la mole di lavoro e le risorse umane disponibili ecc...

Quand'anche riferibili unicamente a responsabilità degli operatori sul campo, si tratta, nella quasi totalità dei casi, di errori.

In altri termini, con riferimento alle categorie giuridiche dell'elemento soggettivo, è largamente verosimile ascrivere questi comportamenti a colpa, non essendo ravvisabile in capo agli agenti una volontà di realizzazione di eventi indesiderati.

Comportamenti intenzionalmente volti a pro durre esiti non corretti costituirebbero quindi un'eccezione alla regolarità dei casi.

Quanto segue è dedicato ad analizzare proprio questi eventi, sui quali non sembra sia scorso troppo inchiostro.

## Esposizione del problema

Tra le condotte non colpose, il fenomeno forse più vistoso consiste nella sostituzione di persona che può concretizzarsi in diversi modi, di cui si riportano alcuni esempi:

- 1) **A** (soggetto agente, qualifica che si adotterà anche nel seguito) **intesta propri campioni biologici al paziente B, sostituendoli** a quelli di B per il quale è eseguita richiesta di esami, successiva a una prescrizione regolarmente disposta;
- 2) **A aggiunge esami a una richiesta**

2 L'esigenza di una accurata identificazione è sottolineata dal reiterato obiettivo posto a tutte le organizzazioni sanitarie USA da Joint Commission, di cui si riporta estratto:

- Two patient identifiers are used when collecting blood samples and other specimens for clinical testing.

- Containers used for blood and other specimens are labeled in the presence of the patient.

([http://www.jointcommission.org/Patient-Safety/NationalPatientSafetyGoals/09\\_lab\\_npsgs.htm](http://www.jointcommission.org/Patient-Safety/NationalPatientSafetyGoals/09_lab_npsgs.htm))

successiva a una prescrizione correttamente redatta per il paziente B, a cui poi intesta i propri campioni;

- 3) **A inoltra una richiesta di esami, in assenza di relativa prescrizione, a nome del paziente B**, a cui poi intesta i propri campioni;
- 4) **A redige prescrizione di esami a nome del paziente B**, inoltra richiesta e intesta i propri campioni a B.

Varianti al tema si hanno quando si sostituiscono i campioni del paziente con quelli di una persona terza, a vantaggio della quale interviene il soggetto agente.

Gli intenti sottesi a queste azioni possono essere vari: ottenere risultati diagnostici senza costi, senza attese oppure in "anonimato" ecc..

Chi agisce è operatore inserito in un segmento della filiera organizzativa, che ben conosce le procedure e questo gli conferisce sicurezza di riuscire a intercettare l'esito di suo interesse prima che sia valutato e accluso alla documentazione del paziente.

Qualora poi, per un qualche intralcio, non gli riuscisse di captare tempestivamente il referto recante i risultati, basterebbe insinuare un dubbio circa la corretta esecuzione:

- della richiesta, per le evenienze di cui ai punti 1,2,3;
- del prelievo, nei casi di cui ai punti 1,2,3;
- dell'identificazione dei campioni, per i medesimi casi ecc.;

per ottenere la ripetizione delle indagini sui veri campioni del paziente B. Il tutto, ovviamente, all'insaputa dell'assistito al cui nome figurano gli accertamenti.

Humus più congeniale a tali accadimenti è sicuramente l'ospedale, anche se altri terreni potrebbero risultare fertili: ambiti residenziali, punti prelievo ambulatoriali, assistenza domiciliare.

I fattori che contribuiscono a creare facilitazioni per i malintenzionati sono vari:

- numerosità dei pazienti seguiti;
- fragilità delle persone assistite;
- percorsi operativi ripartiti in più segmenti;
- lacune organizzative ecc..

Naturale porsi la domanda: esistono coperture, connivenze, complicità da parte dei componenti di un'équipe sanitaria al cui interno avvengono tali pratiche?

L'esperienza personale - derivante da molti anni di esercizio professionale

e dalla partecipazione didattica a iniziative di aggiornamento coinvolgenti migliaia di operatori di diversa estrazione e di differenti strutture - porta ad affermare che, di fronte alla rappresentazione del fenomeno di cui si discute - valutato per i suoi effetti di pericolo per gli assistiti, oltre che per la connotazione illecita - gli addetti ai lavori - specie le leve meno giovanili - non manifestano né stupore né altre reazioni: preoccupazione, disapprovazione, indignazione.

La risposta silenziosa che tante volte si è avuta appare molto eloquente e induce a ritenere che gli operatori abbiano consapevolezza dell'esistenza e dell'entità del problema di gran lunga superiore a qualsiasi osservatore esterno.

Un contributo significativo al disvelamento del fenomeno si è avuto con l'estendersi delle gestioni informatiche e dei sistemi di qualità.

A livello dei servizi diagnostici, l'agevole confronto con precedenti risultati del medesimo assistito permette di cogliere valori anomali o inconsueti rispetto alla serie storica e/o al problema di patologia conosciuto per quella persona.

Non è infrequente che siano le diagnostiche a segnalare l'esistenza di esiti poco consistenti, meritevoli di ripetizione dell'indagine, essendo loro ben noti i problemi di identificazione dei pazienti e dei loro materiali biologici.

In qualche circostanza, la condotta dell'agente A è stata così poco avveduta da far pervenire richieste di indagini incompatibili con il sesso, l'età o qualche altra caratteristica della persona sostituita.

A prescindere da questi spropositi, il soggetto agente è solitamente scaltro nell'individuare il paziente più confacente alla sostituzione, in modo da sfuggire meglio ai controlli di compatibilità degli esiti.

## Discussione

Le condotte descritte rappresentano esempi di quell'ormai ampia casistica che oggi viene denominata "furti di identità". (2,3)

La variante sanitaria del furto di identità non è stata finora approfondita alla stregua di altri sottotipi e non ha ancora richiamato quell'attenzione collettiva che pure meriterebbe.

Si parla di furto di identità, in ambito sanitario, quando qualcuno utilizza il nome di un'altra persona, senza che questa ne sia a conoscenza e pertan-

to senza il suo consenso, per ottenere prestazioni sanitarie o altri benefici.

Il *medical identity theft* è ben conosciuto negli Stati Uniti, dove è oggetto di studi allargati per cercare di individuarlo tempestivamente e scongiurare le conseguenze.

In un Paese dove il sistema di protezione sanitaria è molto diverso dal nostro, il furto di identità è perpetrato, a quel che sembra, soprattutto per procurarsi trattamenti a cui non si riesce ad accedere per mancanza di copertura assicurativa e di risorse economiche proprie. Tutt'affatto distinto, seppure appartenente alla stessa classe, il fenomeno del furto di banche dati sanitarie da rivendere poi a organizzazioni variamente interessate alla conoscenza di questi dati.

Nel nostro Paese, condotte illecite, che hanno avuto alla base un furto di identità, sono approdate agli onori della cronaca in relazione anche in epoche recenti, ad esempio: prescrizioni di medicinali o di trattamenti a pazienti del tutto ignari, per conseguire - e/o far conseguire - consistenti utili economici.

La trattazione presente intende limitarsi alla casistica sopra esposta, riguardata dall'angolazione:

- a) della sicurezza clinica;
- b) delle misure organizzative;
- c) degli aspetti giuridici.

### Sicurezza clinica

L'attribuzione a materiali biologici di un'identità diversa dalla reale rappresenta un vero attentato alla *patient safety*.

Copiosa la serie di eventi che ne possono derivare.

In rapporto alla condotta esemplificata al punto 1), l'omesso iniziale inoltro dei campioni del paziente, ancorché seguito da una spedizione successiva, impedisce di accertare tempestivamente i valori di interesse del prescrittore, con ritardo nel prendere decisioni appropriate.

La conoscenza di precedenti contatti degli assistiti e, ancor più, dei documenti attestanti i loro problemi di salute, agevolata grandemente dalle gestioni informatiche, rappresenta un formidabile ausilio per i sanitari chiamati a prestar cure a persone non conosciute.

Utilità questa che si traduce in reale beneficio solo se le informazioni sono provviste di un buon livello di affidabilità; in caso contrario, meglio ignorarle.

La registrazione di informazioni non

veritiere nel dossier informatico e nella documentazione clinica cartacea del paziente mina alle fondamenta la fiducia che in quei documenti si dovrebbero riporre.

Dalla lettura di dati non riferiti al paziente possono scaturire condotte cliniche - attive, omissive, di attesa - non appropriate alla persona assistita - accertamenti diagnostici più o meno invasivi, terapie farmacologiche e non ecc... - e foriere di danni di varia entità.

Quand'anche un referto, frutto di un furto di identità, venisse intercettato prima di giungere all'attenzione del medico chiamato a prendere decisioni, se non annullato, rimarrebbe in vita e, ad esempio per gli esami di laboratorio, condizionerebbe la valutazione seriale di un dato parametro.

Con la circolazione digitale dei dati sanitari, inizialmente tra medici di medicina generale e specialisti e ospedali, ma con il traguardo del fascicolo sanitario personale elettronico, le conseguenze di dati non veritieri sono inesorabilmente destinate a espandersi vertiginosamente.

Nelle regioni dove già è attivo il collegamento tra le strutture sanitarie e i medici di famiglia, gli esiti di accertamenti di laboratorio, non appena firmati, sono immediatamente resi disponibili al curante, con automatico aggiornamento del suo dossier paziente. Quando, a seguito di un evento indesiderato, si conduca un'istruttoria per scoprire quali fattori lo abbiano causato o favorito (ad esempio mediante la *root cause analysis*) e si appuri esservi stato uno scambio di campioni biologici, difficilmente si pensa a condotte del tipo qui considerato, anche se un dubbio in proposito potrebbe essere a volte salutare.

Per quanto la preoccupazione di garantire sicurezza alle cure sia sovrastante ogni altra, va ricordato che dati non veritieri possono proiettare le loro ombre anche sul rapporto assistenziale.

Trattamenti non adeguati all'occorrenza, informazioni erronee, da smentire a seguito di controllo, specialmente se denotanti problemi di salute "stigmatizzanti" possono compromettere la fiducia del paziente nei professionisti e nella complessiva organizzazione sanitaria.

### Misure organizzative

#### Come fronteggiare il fenomeno?

Il primo approccio dovrebbe avere carattere di profilassi.

Slatentizzare questa malpractice, for-

zando la spessa coltre di silenzio che l'avvolge, cogliendo ogni occasione per evidenziarne rischi - per i pazienti e per gli operatori - e responsabilità.

L'organizzazione dovrebbe lanciare chiari segnali significanti che:

- è a conoscenza dell'esistenza del fenomeno;
- ha ferma determinazione di estirparlo;
- ha approntato - o sta approntando - misure di contrasto;
- la cultura *no blame*, da coltivarsi per le condotte colpose, non può trovare spazio alcuno per quelle dolose.

In parallelo, potrebbero proporsi percorsi diagnostici che, senza violare alcun disposto normativo, facilitassero gli operatori che ne avessero necessità (ad esempio, individuando fasce orarie compatibili con il lavoro turistico, creando agende dedicate ecc..).

Un secondo approccio dovrebbe mirare allo smascheramento degli inganni.

In assenza di precise tracce o di testimonianze, la certezza di uno scambio intenzionale di campioni biologici richiederebbe una ricerca genetica.

Ricerca, peraltro, da estendersi eventualmente oltre i componenti di un'équipe sanitaria, per l'ipotesi di un agire doloso a beneficio di un terzo (familiare, conoscente...).

Non può certamente essere questa la via maestra da seguire.

Un aiuto può essere dato dalla tracciatura di una serie di passaggi operativi, con registrazione dei riferimenti temporali e dell'identità degli utenti che li hanno eseguiti.

Per le evenienze di cui ai punti 2, 3, 4 si potrebbe così disporre dell'impronta dell'artefice della richiesta e della prescrizione (quest'ultima dovrebbe comunque essere sempre documentata in cartella, con possibilità di risalire al redattore dalla firma o dalla grafia). Per impedire la sostituzione dei campioni, si può pensare anche all'utilizzo di *token* per l'identificazione del paziente (es.: braccialetti), opportunamente raccordati con applicativi gestionali opportunamente predisposti. Si immagini, ad esempio, di porre i seguenti vincoli di operatività:

- a) per la generazione di etichette da applicare sui campioni, sia necessaria la verifica di coincidenza tra gli elementi identificativi del braccialetto del paziente e quelli riportati su una prescrizione o una richiesta di esami, con memorizzazione dell'evento di stampa;
- b) l'apposizione delle etichette sui



contenitori dei materiali biologici avvenga al momento del prelievo dei campioni, in presenza del paziente;

- c) ogni ristampa di etichette richieda il controllo di cui alla lettera a) con memorizzazione dell'evento.

Essenziali poi diventano le azioni di bonifica di dati e documenti che si ritengano non riferibili alla persona a cui pure risultano intestati.

Nell'impossibilità di distruggere referti e altri documenti, occorrerebbe annullarli, sia in versione cartacea sia digitale - per quest'ultima modalità di trattamento, si potrebbe anche ricorrere al blocco dell'ulteriore vista.

### Aspetti giuridici

In esordio di discussione si è citato il "furto di identità", ma per il nostro ordinamento giuridico non si tratta di furto nell'accezione datane dall'art. 624 c.p.,<sup>3</sup> ma, innanzitutto, di "sostituzione di persona" (per tutti i casi riferiti ai punti 1,2,3,4), secondo il disposto dell'art. 494 c.p..<sup>4</sup>

Seppure con accenti diversi, si ravvisa poi il reato di truffa<sup>5</sup> ai danni della pubblica amministrazione (evasione di ticket o di pagamento per intero di una prestazione; danno da accertamenti non utili o non appropriati ecc...).

Nei casi di cui ai punti 2,3 si profila una falsificazione di atti, riconducibile, in rapporto alle peculiarità del caso, a fattispecie del codice penale contemplate agli articoli: (4)

- 476: falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale, quando questi, nell'esercizio delle sue funzioni, formi, in tutto in parte, un atto falso o ne alteri uno vero. Il reato sussiste

3 Art. 624 (Furto).

"Chiunque si impossessa della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarre profitto per sé o per altri è punito. Agli effetti della legge penale, si considera cosa mobile anche l'energia elettrica e ogni altra energia che abbia valore economico".

4 Art. 494 (Sostituzione di persona)

"Chiunque, al fine di procurare a sé o ad altri un vantaggio o di recare ad altri un danno, induce taluno in errore, sostituendo illegittimamente la propria all'altrui persona, o attribuendo a sé o ad altri un falso nome, o un falso stato, ovvero una qualità a cui la legge attribuisce effetti giuridici, è punito, se il fatto non costituisce un altro delitto contro le fedi pubblica. . .".

5 Art. 640 (Truffa)

"Chiunque, con artifici o raggiri, inducendo taluno in errore, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno, è punito. . . (pene accresciute) 1) se il fatto è commesso a danno dello Stato o di un altro ente pubblico. . .".

indipendentemente dal verificarsi di un danno.

- 482: falsità materiale commessa dal privato, se il soggetto agisce al di fuori dell'esercizio delle sue funzioni;
- 487: falsità in foglio firmato in bianco, atto pubblico. Si configura quando il pubblico ufficiale, abusando di un foglio firmato in bianco di cui abbia possesso per ragione del suo ufficio e per un titolo che importa l'obbligo o la facoltà di riempirlo, vi scrive o vi fa scrivere un atto diverso da quello a cui era obbligato o autorizzato.
- 491 bis: falsità in documenti informatici. Le previsioni di falsità sono estese anche ai documenti informatici.
- 493: falsità commessa da pubblico impiegato incaricato di un servizio pubblico. Si tratta di una norma che estende agli incaricati di pubblico servizio le previsioni illecite specificamente intitolate ai pubblici ufficiali.

Nel caso del punto 4), quando ad agire sia un medico potrebbe delinearsi un'ipotesi di falsità ideologica (art.479 C.p.<sup>6</sup>), a prescindere da esiti dannosi. Secondo i giudici di Cassazione, un giudizio clinico a cui sia conseguita una prescrizione può rientrare nella categoria della falsità ideologica quando faccia riferimento a criteri predefiniti e sia quindi un modo di rappresentare la realtà analogo alla descrizione o alla constatazione di fatti, con la conseguenza che può dirsi falso l'enunciato valutativo che contraddice criteri indiscussi o indiscutibili e sia fondato su premesse contenenti false attestazioni.<sup>7</sup>

Situazione che potrebbe ravvisarsi quando il soggetto agente adducesse, a motivo della prescrizione di accertamenti, un sospetto clinico per nulla pertinente all'assistito.

Un preciso inquadramento della prescrizione illecita riposa anche sulla veste giuridica da attribuirsi alle prescrizioni di indagini diagnostiche e alle relative richieste.

6 Art. 479 (Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici)

"Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, ...".

7 Cass. Pen., sez V, 9 febbraio 1999, n. 3552

La prescrizione è atto medico, registrato, in corso di ricovero, in diario di cartella oppure in sezione o modulo *ad hoc*.

Sulla qualificazione della cartella clinica - o, quanto meno, su una serie di documenti che formano questo fascicolo - si sono ripetuti i pronunciamenti dei giudici delle sezioni penali della Suprema Corte nel senso dell'atto pubblico,<sup>8</sup> anche se non mancano orientamenti dottrinari divergenti.

La richiesta di prestazione sanitaria è attività concettualmente distinta dalla prescrizione - in analogia a quanto accade in ambito extraospedaliero - e consiste nel dar seguito all'ordine medico di eseguire un trattamento - in forma di prenotazione, di proposta di prenotazione o di mera trasmissione a un servizio erogatore.

La richiesta può pertanto essere realizzata da una figura diversa dal medico.

La gestione cartacea conosce soluzioni variegata: se il medico annota la prescrizione in cartella, lui stesso o un collaboratore deve poi compilare la richiesta da indirizzare alla diagnostica.

8 Per la Cass. Pen., Sez. V, n. 1098, 26/11/1997, "La cartella clinica redatta da un medico di un ospedale pubblico è caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché dalla documentazione di attività compiute dal pubblico ufficiale che ne assume la paternità: trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono esservi annotati contestualmente all'ora verificarsi. Ne deriva che tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico, punibili in quanto tali; né rileva l'intento che muove l'agente, atteso che le fattispecie delineate in materia dal vigente codice sono connotate dal dolo generico e non dal dolo specifico".

In analogia: Cass. Pen. Sez. V, n. 23324, 23/3/2004; Cass. Pen. Sez. V, n. 13989, 17/2/2004; Cass. Pen. Sez. V, n. 35167, 30/9/2005

Per la giurisprudenza civilistica (Cass. Sez. III, 27/9/1999, n. 10695; in analogia: Cass. Sez. III, 12/5/2003, n.7201), per contro, "le attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili a una certificazione amm. va per quanto attiene ad attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova; in ogni caso le attestazioni della cartella clinica, ancorché riguardanti fatti avvenuti alla presenza di un pubblico ufficiale o da lui stesso compiuti (e non la valutazione dei suddetti fatti) non costituiscono prova piena a favore di chi le ha redatte, in base al principio secondo cui nessuno può preconstituire prova a favore di se stesso".

Se la prescrizione viene registrata su modulo che funge anche da richiesta - avendo sempre cura di mantenerne un esemplare in fascicolo di ricovero - si elide un passaggio.

Analogamente per le gestioni informatiche: se l'attività prescrittiva è raccordata con la funzionalità di *order entry*, il prescrittore è posto in condizione di eseguire nello stesso momento i due atti.

Per contro, un'informatizzazione limitata a una sola delle due fasi, oppure carente di raccordo tra i due applicativi, richiede un duplice intervento.

Per quanto detto, con richiamo degli eventi di cui ai punti 2),3),4), si configura l'ipotesi di esercizio abusivo di professione, ai sensi dell'art. 348 C.p.,<sup>9</sup> quando il soggetto agente non sia un medico.

Ad aggravare il già fosco quadro potrebbero poi intervenire gli eventuali danni arrecati al paziente, come già riferito.

Un'offesa del bene salute dell'assistito, dipendente da una delle condotte qui esaminate, integrerebbe gli stremi del reato di lesione personale o, se si determinasse *exitus*, di omicidio.

La qualificazione della lesione personale, oltre che correlarsi alla gravità del danno (lievissima, lieve, grave, gravissima) e alle modalità di realizzazione (circostanze aggravanti), dipende dall'elemento soggettivo che ha mosso l'agente.

Escludendo un dolo intenzionale,<sup>10</sup> nella maggior parte dei casi è plausibile che l'agente abbia consapevolezza delle conseguenze negative che potrebbero prodursi sul paziente, ma confidi di poterle scongiurare attraverso un agire accorto.

L'accettazione del rischio può portare a scorgere gli estremi del dolo eventuale, con la conseguenza di un addebito di lesioni personali - o, nella peggiore delle evenienze, di omicidio - non a titolo colposo bensì doloso.

Il paziente potrebbe ricevere nocuenti ulteriori: ad esempio, un danno all'immagine, in conseguenza della circolazione di dati sanitari falsi.

Si trascuri la menzione delle pur ragguardevoli sanzioni edittali - dirette e accessorie - applicabili in caso di riconosciuta responsabilità per uno o

9 Art. 348 (Abusivo esercizio di una professione).

*"Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito..."*

10 Si ha dolo intenzionale quando l'agente mirasse a realizzare la lesione personale o la morte del paziente.

più degli illeciti citati, oltre che delle ricadute risarcitorie, di non minore rilievo. La sfilza di illeciti accennati è perseguibile d'ufficio, così che il pubblico ufficiale che ne avesse contezza avrebbe il dovere di procedere a denuncia all'autorità giudiziaria. Nei confronti dell'agente A, la pubblica amministrazione dovrebbe dar corso a procedimento disciplinare, autonomo rispetto a quello penale, seppure condizionato dalle risultanze di quest'ultimo. L'appartenenza a una categoria con obbligo di iscrizione a un albo professionale, renderebbe il soggetto agente passibile di un ulteriore giudizio, da parte del consiglio direttivo dell'ordine o collegio di competenza, secondo le specifiche regole che presiedono al procedimento disciplinare in tale ambito.<sup>11</sup> (5)

La sequela non è ancora completa poiché un altro spettro potrebbe aggirarsi: quello della Procura della Corte dei Conti, titolare dell'azione di responsabilità patrimoniale per danni arrecati alla pubblica amministrazione (es.: danni da esecuzione di indagini indebite, lesione dell'immagine della pubblica amministrazione ecc...).

Viene da chiedersi, poi, fino a che punto i soggetti agenti siano consci delle conseguenze a cui si espongono.

Dalla succinta, non esaustiva, rassegna che precede si coglie la gravità di un agire, probabilmente, non percepito con il disvalore che merita.

È tempo di rompere gli indugi e impegnarsi a contrastare questi biasimevoli comportamenti.

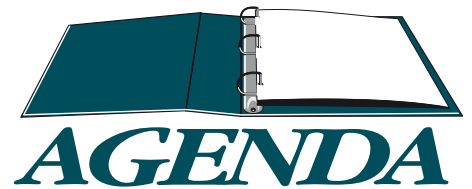
11 DLCP 233/46 (legge istitutiva di ordini e collegi professionali, con eccezione di quello degli infermieri, istituito dalla L 1049/54) e DPR 221/50 (regolamento attuativo).



**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Responsabilità ed etica professionale nella medicina di laboratorio. Lauri, Milano; 2006
- 2) The medical identity theft. World Privacy Forum. [www.worldprivacyforum.org/medicalidentitytheft.html](http://www.worldprivacyforum.org/medicalidentitytheft.html)
- 3) Rinehart-Thompson LA. Raising awareness of medical identity theft. Far consumers, prevention starts with guarding, monitoring health information. J AHIMA; 2008 Oct; 79(10): 74-5, 81
- 4) Antolisei F. Manuale di diritto penale, Giuffrè, Milano, 2003
- 5) Nardi E. Sistema giuridico delle professioni sanitarie. Giuffrè, Milano, 1980

**CONVEGNI - CONGRESSI  
CORSI**



**Collegio IPASVI di Bologna  
Corsi di formazione permanente  
ECM I  
Trimestre 2010**

- 1) **"L'assistenza infermieristica pensata e praticata"**  
Dal 13/01/2010 al 12/02/2010  
ore 8-17 e 14-18  
Aula di Via Pomponazzi, 1 Bologna  
Programma a pag. 26.
- 2) **"Le malattie infettive: aspetti clinici, assistenziali ed organizzativi"**  
Dal 04/02/2010 al 04/03/2010  
ore 14-18  
Aula di Via Pomponazzi, 1 Bologna  
Programma a pag. 29.
- 3) **"L'Infermiere e la libera professione: riflessioni, sviluppi ed opportunità"**  
Seminario - 20/03/2010  
Sala del Baraccano  
Via S. Stefano, 119 - Bologna  
Programma a pag. 31.

**Regione Emilia-Romagna  
Agenzia Sanitaria e sociale  
Convegno**

**"Ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna"**

18-19 Gennaio 2010

Sala Italia

Piazza della Costituzione 4/A  
Bologna

Segreteria Organizzativa:

Elisa Soricelli e Vanessa Vivoli  
tel. 051/6397405-7182

E-mail:

[convricinn@regione.emilia-romagna.it](mailto:convricinn@regione.emilia-romagna.it)

**Associazione Europea Infermieri  
Dialisi e Trapianto**

XXVIII Congresso Nazionale  
EDTNA/ERCA

**"Politiche Sanitarie e Gestione delle Risorse**

**L'assistenza infermieristica:  
dove, quando, come"**

13/15 Maggio 2010

Riccione

Centro Congressi "Le Conchiglie"  
Viale D'Annunzio, 227 Riccione

Segreteria Organizzativa  
CSR Congressi tel. 051/765357

E-mail: [info@crscongressi.com](mailto:info@crscongressi.com)