

INFERMIERE

oggi

Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio IPASVI di Roma

N°1



EDITORIALE

Noi andiamo avanti

.....

FOCUS

Assemblea annuale,
bilancio e programmazione
delle attività

.....

STUDI

La nutrizione artificiale
in Area Critica

.....

TELEVISIONE

Forum e Quelli che...
penalizzano la figura
dell'infermiere

Nasce a Roma il Centro di Eccellenza
per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

La responsabilità infermieristica nelle lesioni cutanee, in particolare le lesioni da decubito

È stato detto da più parti che le lesioni da decubito (d'ora in avanti, LdD) sono una conseguenza, che una buona pratica sanitaria ben possono essere evitate, pur in presenza dei fattori scatenanti più comuni e tra questi l'età del paziente, le terapie citostatiche, la permanenza a letto per lunghi periodi e la prolungata immobilità.

Proprio perché evitabili, **l'insorgenza delle LdD si configura come fonte di responsabilità dell'operatore sanitario** sia che operi in una struttura sanitaria sia che operi in area domiciliare.

I numeri delle lesioni cutanee che ho potuto verificare sono sconcertanti e rappresentano un'incidenza fortissima sui costi del Sistema Sanitario Nazionale. Sembra, addirittura, che, ogni anno, dagli ospedali italiani vengono dimessi circa mezzo milione di pazienti con piaghe da decubito.

Negli anni più recenti, vi è stata una grande sensibilizzazione al problema e, a tal proposito, ricordo che nella legge finanziaria per il 2008, il trattamento delle LdD è entrato a far parte dei Lea.

Quest'opera di sensibilizzazione, arrivata a livello politico parte, ovviamente, dall'esperienza e dagli studi scientifici medici e infermieristici. Si possono citare le numerose linee guida, tra cui quelle per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito redatte a cura dell'*Agency for Health Care Policy and Research* e, a seguire, le raccomandazioni del ministero della Salute.

Proprio in queste ultime, leggo una serie di atti di cui cito solo quelli che ci interessano per dimostrare quanto sia sentita a tutti i livelli l'intervento della professionalità infermieristica: la valutazione del rischio nel momento in cui si presenta l'episodio in cura, l'aggiornamento della valutazione e delle verifiche, le condizioni del paziente rispetto all'ambiente, documentare quotidianamente le condizioni della cute, evitare massaggi su prominenze ossee, minimizzare l'attrito valutare e/o correggere l'alimentazione, effettuare un programma di mantenimento, preservare il livello di attività e di mobilità, monitorare gli interventi e documentarli, variazione della posizione, analizzare le superfici di appoggio, insegnare ai pazienti parzialmente dipendenti il cambio posturale, programmare e istruire la prevenzione delle lesioni, adottare un linguaggio comune e della pratica standard, etc.

Soprattutto, **nei protocolli adottati nelle strutture sanitarie è emerso un dato fondamentale, rappresentato dalla**

prevenzione come insieme di tecniche, mezzi e ausili idonei ad evitare l'insorgenza delle lesioni o, almeno, a limitarne la gravità.

Non voglio eccedere in aspetti tecnici di cui voi, i miei lettori, siete molto più competenti di me.

Mi piace tuttavia, alla luce di questo, invitarvi a rileggere il profilo professionale e sottolineare l'importanza dell'assistenza infermieristica nel suo principio primo: *"L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"*.

Nei tratti delle raccomandazioni ministeriali che ho evidenziato possiamo, scorrendo il profilo professionale, ritrovare tutti gli elementi che lo caratterizzano: partecipare all'identificazione dei bisogni della salute del paziente e identificare i bisogni dell'assistenza infermieristica, pianificare gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico, garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, avvalersi della collaborazione degli altri operatori sanitari e delle figure di supporto.

In tutto questo, ritroviamo i doveri riabilitativi, curativi, educativi (quale adottare un linguaggio comune, raccomanda il ministero e, aggiungo, sia con il paziente sia con i familiari che lo assisteranno nel domicilio) che caratterizzano la professione infermieristica, e poi l'aggiornamento, la documentazione, col-



laborare con il medico e anche con il fisioterapista che anch'egli ha competenza sul punto (ad esempio, per quanto riguarda la movimentazione e i massaggi).

Perché mi fermo tanto su questi aspetti in fondo noti a tutti? Forse, perché non li trovo così scontati.

Innanzitutto, per tutti gli aspetti evidenziati non v'è dubbio che l'infermiere abbia una competenza specifica: non c'è dubbio che egli abbia il potere di intervenire. In secondo luogo, perché questo potere è anche un dovere e, in quanto tale, egli è responsabile del trattamento del paziente ed è responsabile nella prevenzione e nella cura delle LdD.

La responsabilità infermieristica si connota per la sua diligenza qualificata, ossia la diligenza del prestatore di lavoro subordinato (è il caso dei più, di coloro cioè che sono lavoratori dipendenti pubblici o privati ma analoga regola esiste per i liberi professionisti).

Qual è questa diligenza?

L'articolo 2104 Codice civile recita testualmente: *"Il prestatore di lavoro deve usare la diligenza richiesta dalla natura della prestazione dovuta [...] dall'interesse dell'impresa ... Deve inoltre osservare le disposizioni per l'esecuzione e per la disciplina del lavoro impartite dall'imprenditore e dai collaboratori di questo dai quali gerarchicamente dipende"*.

Questo significa, innanzitutto, che le linee guida e le raccomandazioni del Ministero, la formazione, il profilo professionale obbligano l'infermiere a prestare la propria opera (l'assistenza al paziente) nel modo più corretto (la diligenza) e scientificamente più avanzato ed accreditato (qualificata).

Inoltre, i protocolli adottati in azienda e nei reparti sono "disposizioni per l'esecuzione del lavoro" impartite dal datore di lavoro che il "dipendente" (infermiere) è obbligato a rispettare.

Tutto questo riguarda la "responsabilità civile" quella, per intenderci, cui consegue l'obbligo di risarcimento del danno al

paziente lesa. Analogo discorso possiamo fare per la responsabilità penale.

La colpa penale (e intendo, volutamente, escludere l'ipotesi dolosa) si basa su tre elementi portanti:

- la negligenza;
- l'imprudenza;
- l'imperizia.

Ma vi è colpa anche per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Per quel che ci interessa ai fini di questo articolo, mi basti dire che la negligenza è il corrispettivo, in negativo, della diligenza (qualificata) e l'imperizia (trascuro l'imprudenza) è il non sapere, il non conoscere (le linee guida, i protocolli, il trascurare le formazione per l'adempimento qualificato della prestazione). E mi interessa aggiungere che il **contravvenire agli obblighi derivanti dal profilo professionale e dai protocolli è contravvenire a veri e propri doveri giuridici e quindi ai regolamenti, ordini e discipline**, dove il profilo professionale è un atto regolamentare per sua natura (ossia, un decreto ministeriale) e il protocollo una direttiva (impartita dal datore di lavoro).

Concludo con una riflessione: se uno degli indicatori presenti fra quelli introdotti dall'atto di indirizzo in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (Dpr 14 gennaio 1997) si riferisce al numero di utenti con lesioni da pressione per valutare la qualità delle strutture e la qualità dell'assistenza erogata è chiaro come un ruolo determinante per raggiungere l'eccellenza è svolto dagli infermieri che faranno ricorso alla conoscenza e alla documentazione degli atti per il raggiungere l'eccellenza della prestazione.

Avv. Alessandro Cuggiani