

- competenza del medico il *prelievo arterioso femorale* e competenza dell'infermiere quello *radiale*;
- pratica eseguibile sia dal medico che dall'infermiere.

Evidenziato che:

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

Osservato che:

- il prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi possa configurarsi come atto non esclusivamente medico ma anche di competenza dell'infermiere;
- la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi è relativamente semplice e di grande utilità e, tuttavia, non è scevra da rischi e complicanze;
- la procedura tecnica è spesso descritta in un protocollo condiviso da medici e personale infermieristico;
- la redazione di tale protocollo contempla l'indicazione specifica almeno dei seguenti dati: a) tipologia del prelievo arterioso; b) le motivazioni per cui esso viene effettuato; c) la tipologia di paziente; d) le patologie intercorrenti e la terapia in corso che possono aumentarne il rischio; e) il posizionamento del paziente; f) le sedi indicate e preferenziali per adulti e neonati; g) le precauzioni da adottare; h) l'emostasi, i) altre indicazioni ritenute utili.

Sentiti i relatori De Togni e Redler

Tenuto conto che l'infermiere possiede le conoscenze teoriche necessarie apprese nel percorso formativo base

- la tecnica del prelievo arterioso è appresa in ambiente appropriato e protetto
- la tecnica una volta appresa in modo corretto diventa una tecnica di competenza
- l'apprendimento riguarda anche la prevenzione delle complicanze ed il loro trattamento

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

all'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere, sia in ospedale, sia in ambulatorio che nell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) semplice e complessa,

a condizione che:

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

Inoltre,

AUSPICA

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

Il Segretario della Sezione
Dr.ssa Maria Lucchese

Il Presidente della Sezione
Prof. Guido Pozza

Visto, per presa visione
Il Presidente del Consiglio
Superiore di Sanità
Prof. Mario Condorelli

• Risk Management
“Terapia al bisogno”
Gabriella Negrini*

**Medico*

*Direzione sanitaria ospedaliera
Ospedale Maggiore di Bologna*

INTRODUZIONE

Il ricorso a prescrizioni terapeutiche recanti la precisazione “al bisogno” - o simili: se necessario, all'occorrenza, ecc. - è evenienza non infrequente nei reparti ospedalieri e non estranea ad altri contesti residenziali sanitari.

Alla base della scelta sono motivazioni organizzative e/o cliniche, con l'obiettivo di garantire agevolmente le cure appropriate alle occorrenze del malato.

Nel seguito si attribuirà alla locuzione “terapia al bisogno” il significato più abituale, ovvero di trattamento con medicinali, escludendo altri trattamenti pur sempre a valenza terapeutica ma di diverso contenuto (es.: aspirazione, medicazione, ecc.).

Le classi di farmaci maggiormente interessate dalla prescrizione al bisogno sono: analgesici, antipiretrici, antiflogistici, antispastici, analettici, ossigeno, anche se risultano rappresentate molte altre categorie: da farmaci per il controllo di crisi convulsive, specie in età pediatrica, a quelli per il trattamento dell'ipertensione. Perché cercare di approfondire l'argomento?

Per i risvolti sulla sicurezza dei pazienti, innanzitutto, ma altresì per le possibili ricadute di responsabilità sugli operatori.

DISCUSSIONE

Prescrizione al bisogno nelle strutture di degenza sanitaria

L'eterogeneità degli ambiti nei quali è praticata la terapia in oggetto consiglia di suddividere la trattazione prendendo in esame, dapprima, le strutture di degenza sanitaria.

In questi contesti, il preludio di ogni terapia farmacologica - se si escludono iniziative autonome e “nascoste” del paziente - è una decisione medica, ancorché possa trattarsi di medicinali ascrivibili ad automedicazione.

Una sinossi di tutte le terapie è di fondamentale importanza per i sanitari curanti, per valutare effetti, interazioni, compatibilità e proporre la scelta più confacente al paziente.

La differenza tra farmaci normativamente sottoposti a prescrizione¹ e farmaci dispensabili senza prescrizione^{2,3} avrà tuttavia rilievo per i ragionamenti che seguiranno.

Un primo aspetto da analizzare riguarda

la stessa espressione "al bisogno".

Che si tratti di bisogno della persona assistita è fuori dubbio, ma **chi dovrebbe stabilire l'esistenza del bisogno?**

Intorno a questo interrogativo ruotano alcune criticità insite nei trattamenti di cui ci si occupa.

Se il *primum movens* è la prescrizione, in aggiunta alle indicazioni ordinarie - attinenti a denominazione del prodotto, dosaggio, forma farmaceutica, posologia, via e modalità di somministrazione, durata del trattamento - quella al bisogno richiede siano definiti i parametri alla cui presenza è subordinato l'avvio della somministrazione o la modulazione della stessa.

La precisazione accennata assume una valenza tale da indurre a ritenere debba assurgere a requisito essenziale e indefettibile.

I parametri condizionanti il seguito terapeutico possono ricondursi a: sintomi, segni obiettivabili, indicatori biologici, esiti di accertamenti diagnostici.

Soffermandoci innanzitutto sugli elementi sintomatici occorre considerare se possa bastarne la menzione oppure ne sia opportuna un'ulteriore specificazione - intensità, durata, correlazione con misurazione mediante scale valutative, ecc.

Una decisione in tal senso dipenderà dal tipo di farmaco prescritto - con attenzione ai possibili effetti indesiderati da iperdosaggio, la interazioni o da somministrazione altrimenti incongrua - e dalla disponibilità e concreta utilizzabilità di strumenti di misurazione.

L'impiego di tali strumenti non deve dimenticare che oggetto della rilevazione restano pur sempre sintomi, ovvero fenomeni dipendenti dalla sensibilità del malato: il suo riferire - o diversamente palesare - è ben noto quanto sia influenzabile da una molteplicità di fattori.

Emerge dunque la non trascurabile relatività di una pur accurata delimitazione medica, quando la stessa sia incentrata su insiemi sintomatici; sarà bene rappresentarsi questo limite quando si vogliono stabilire con precisione gli elementi da esigere a corredo di una prescrizione al bisogno.

La valutazione della necessità terapeutica potrebbe, peraltro, poggiare anche su segni, vale a dire su elementi obiettivi. Senza addentrarci nel labirinto dell'obiettività - giacché la rilevazione di segni soggiace a interpretazione, atto costituito anche da una componente soggettiva, del professionista sanitario o di altri - la prescrizione condizionata a segni e, ancor più, a indici biologici espone a minori incertezze.

L'importante è che vi siano chiarezza e completezza nella descrizione dei parametri a cui attenersi, così da non ingenerare incertezze e restringere il campo della variabilità interpretativa.

Riprendendo l'interrogativo iniziale, potremmo riformularlo allora nel seguente: **da chi attenderci la rilevazione di sintomi, segni o parametri clinici?**

Con la prescrizione al bisogno il medico affida l'apprezzamento delle condizioni vincolanti la somministrazione a un collaboratore di assistenza - infermiere, ostetrica, ecc. -, a cui compete ordinariamente l'attuazione della terapia.

Le condizioni apposte devono quindi essere identificabili da sanitario diverso dal medico, con ragionevole sicurezza e nel rispetto di professionalità e competenze sue proprie.

Ancorché non manchi chi intravede criticità nel ricondurre all'infermiere il rilievo di sintomi e segni, a parere di chi scrive non si ravvisano difficoltà insormontabili.

Chiamiamo in soccorso l'analogia e poniamo mente ad alcune usuali e consolidate attività esercitate dagli infermieri.

- *triage* di emergenza, in centrale operativa 118 e in pronto soccorso: qui si realizzano valutazioni rapidissime di quadri sintomatici e autonome decisioni - ancorché nel solco di indirizzi stabiliti dal responsabile del servizio - di straordinario rilievo sanitario, sui singoli e sulla collettività (invio di soccorso adeguato, attribuzione di codice di gravità, ecc.);

- unità di cure intensive: il diurno controllo dei pazienti consta necessariamente di una sistematica rilevazione di segni e parametri la cui divergenza da *range* di normalità o di tolleranza forma oggetto di segnalazione al medico o di adozione diretta di interventi, pur all'interno di piani terapeutico-assistenziali definiti, tra i quali manovre rianimatorie.

Quel che si trae dagli esempi citati è che l'apprezzamento di sintomi e segni è atto intrinsecamente connesso a una pluralità di pratiche sanitarie, la cui portata non appare inferiore alla gestione di una terapia farmacologica.

Si rifletta ancora sul fatto che la somministrazione di non pochi farmaci - anche vincolati a prescrizione - in dipendenza dall'andamento di parametri biologici o dal decorso sintomatologico, in ambito extra-ospedaliero è usualmente curata da persone atecniche: genitori di piccoli pazienti, famigliari di malati non autosufficienti.

Lo stesso paziente, tranne particolari ec-

cezioni, è l'esempio più emblematico di gestore non esperto di terapia farmacologica, sul quale incombono l'interpretazione delle indicazioni mediche e la valutazione dell'esistenza del corteo di sintomi, segni e indici (es.: esito di autodeclinazione glicemica...) al quale il medico può avere condizionato una prescrizione.

Nelle stesse strutture di degenza, peraltro, non mancano esempi di trattamenti farmacologici regolabili direttamente dall'assistito⁴ pur coinvolgendo principi attivi, per così dire, importanti.

Che dire dei prodotti di automedicazione? Se ad apprezzare le condizioni vincolanti il seguito terapeutico sono soggetti non professionali, a fortiori perché non ritenere idonei i professionisti, infermieri o altri?

Eccezionali si direbbero i casi in cui appare impossibile o solo imprudente attribuire all'infermiere il rilievo di cui si è trattato; in tali situazioni - e in tutte quelle in cui l'infermiere stimi di non avere adeguate conoscenze o non si senta sicuro del proprio agire - l'interpello del medico è imprescindibile.

Le condizioni vincolanti di cui si è detto non esauriscono, peraltro, il debito informativo che una prescrizione al bisogno richiede.

Il complesso di dati proprio di una compiuta prescrizione deve essere corredato da ulteriori elementi:

- il termine cronologico di validità della prescrizione: è raccomandabile una delimitazione temporale ravvicinata così da mantenere una assidua vigilanza su quel che accade;
- il limite posologico e l'intervallo di tempo che deve intercorrere tra una somministrazione e l'altra.

Nel fornire queste indicazioni, il medico deve considerare le ripercussioni della somministrazione prefigurata, alla stregua di ogni altra prescrizione ma con la particolarità che la sua decisione anziché essere assunta per un'occorrenza attuale è presa per una supposta eventualità.

L'alea che si accompagna a questa suggerisce precauzioni maggiori per il fatto che le condizioni del paziente potrebbero essere diverse rispetto a quelle constatate nel momento della decisione.

Prudente allora apporre una clausola di salvaguardia: sempre che il paziente non manifesti modifiche del quadro clinico, meritevoli di riconsiderazione medica complessiva?

Senza dubbio, ma seguendo questo ragionamento si incontra l'interrogativo: quali modifiche - e valutate da chi - devono portare a desistere dalla somministrazione

al bisogno e indurre richiesta di intervento medico?

Lungi dal voler coltivare cavilli, preme richiamare l'attenzione sul maggior rischio connesso a una prescrizione al bisogno, facendo al contempo appello al *know how* e all'*expertise* di tutti i professionisti sanitari interessati.

L'aver sostenuto che le informazioni costituenti condizioni attuative dovrebbero configurarsi requisito essenziale porta alla deduzione che a fronte di:

- mancata o incompleta indicazione dei parametri di riferimento e dei limiti di esecuzione;
 - difficoltà interpretative,
- il professionista incaricato della somministrazione non deve procedere ma consultare il medico responsabile.

Dall'insieme delle considerazioni espone deriva la convinzione dell'esigenza di una stretta collaborazione tra le diverse figure professionali, allo scopo di condividere scenari, criteri, requisiti per le terapie al bisogno, da attuarsi sempre nel rispetto dei canoni di appropriatezza e sicurezza per i pazienti destinatari e per gli operatori coinvolti.

Perché prescrivere "al bisogno"?

Le ragioni sottese sono di natura sia organizzativa sia clinica.

Riguardo alla componente organizzativa - intesa nell'accezione più estesa, tale da ricomprendere aspetti quali: consistenza, composizione, modalità operative delle équipe sanitarie -, onestà impone di distinguere i casi in cui è evidente l'opportunità di una prescrizione al bisogno, altrimenti manifestandosi importanti difficoltà applicative, se non impedimenti, nell'assicurare un trattamento adeguato al malato, dai casi viziati da scelte di comodo.

Lo spartiacque tra le due categorie situazionali non si presta a una astratta individuazione; un giudizio non può che commisurarsi a variabili delle singole realtà e dei singoli casi.

La motivazione clinica è alla base di trattamenti tempo dipendenti o tesi a bloccare disturbi significativi del paziente.

Pur scontata per alcune terapie, anche la giustificazione clinica merita una riflessione.

Consideriamo, ad esempio, la terapia del dolore in fase post-operatoria: correttezza vorrebbe fosse definito un protocollo di trattamento la cui attuazione eviterebbe la terapia antalgica al bisogno; solo in via residuale potrebbe occorrere un adeguamento della dose prevista da protocollo ma questo adattamento avrebbe carattere occasionale e puntuale e non prospettico, secondo il bisogno.

L'accento a protocolli di trattamento evoca la domanda: la prescrizione di un protocollo può assumere la veste di prescrizione al bisogno?

Non è escluso che un protocollo terapeutico consista in una previsione generale e astratta per la cui traduzione in concreto sia richiesta una verifica di rispondenza tra la cornice di riferimento in esso delineata e la reale situazione osservata.

Per quanto un protocollo ben strutturato contenga dettagliati percorsi da seguire, in dipendenza dell'esistenza di determinati elementi o dal verificarsi di precisi fatti, sul piano concettuale le affinità con una prescrizione al bisogno sono indubbie.

In luogo di singole prescrizioni al bisogno, potremmo anzi auspicare un più esteso ricorso a protocolli ad applicazione condizionata che, se redatti con debita completezza, permetterebbero agli operatori di trarre indicazioni chiare, certe e standardizzate.

Altro interrogativo in cui ci si imbatte nel ruminare sulla questione delle terapie al bisogno riguarda **l'ammissibilità di una prescrizione verbale.**

L'accettabilità di una tale prescrizione, in generale, si ritiene debba soggiacere almeno ai seguenti limiti:

- situazione urgente;
- concomitante impegno del medico determinante impossibilità di registrazione previa.

Avendo riguardo a queste delimitazioni e tenuto conto delle peculiarità della terapia al bisogno (subordinata alle condizioni discusse) non si ritiene accettabile una prescrizione verbale.

Passando ad occuparci della **fase di somministrazione**, al professionista che vi provvede va richiesta una compiuta documentazione del proprio agire.

Ci si riferisce all'attestazione non solo dell'avvenuto seguito esecutivo, ma anche del riscontro delle condizioni vincolanti il seguito terapeutico.

Una documentazione incompleta non consentirebbe di conoscere se l'agire del professionista sia stato appieno aderente alle indicazioni poste.

Una traccia sufficientemente eloquente potrebbe così esemplificarsi:

- data, ora di somministrazione;
- descrizione di sintomi o segni o parametri biologici apposti come condizione vincolante, con ulteriore precisazione di altre variabili, se citate in prescrizione;
- indicazione di farmaco somministrato, forma, dosaggio - eventuali modalità per taluni medicinali e problemi insorti;
- firma del professionista;

- data, ora di registrazione, se diverse da quelle dell'azione riferita.

È opportuno altresì dare conto di ogni altro rilievo significativo e dell'eventuale richiesta al medico di precisazioni o di suo intervento.

La portata di una corretta documentazione si correla, ancor prima che a questioni di responsabilità, al problema della sicurezza clinica.

Il medico intento a fare il punto della situazione o a modificare una terapia deve disporre di informazioni accurate su tutte le pratiche clinico-assistenziali che hanno interessato il paziente, poiché questi dati possono notevolmente influenzare le sue decisioni.

Si intravedono impedimenti assoluti al ricorso alla terapia al bisogno?

Per i farmaci qualificati dalla normativa come stupefacenti, la circolare F.O.F.I. (Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani) n. 3175 del 25.05.1998 affermava che indicazioni del tipo "*una fiala al bisogno*" non fossero conformi alla legge; esse erano ritenute legittime solo se integrate dalla posologia massima riferita al tempo, ad esempio "*con un massimo di tre al giorno*".

Qualche cenno ai **profili di responsabilità** per le figure professionali coinvolte.

Sulla qualificazione giuridica della prescrizione, se atto pubblico - quando redatto da pubblico ufficiale - con i gravami associati o autorizzazione amministrativa, persistono incertezze.

In ogni caso, da una prescrizione farmacologica imperfetta possono conseguire danni di varia entità, ricadenti sul medico in relazione ad addebiti di imprudenza, negligenza, imperizia o di inosservanza di discipline specifiche.

Per le prescrizioni al bisogno, il rimprovero che più facilmente potrebbe essere mosso sembra attenere alla prudenza e alla diligenza.

L'insistenza sulla necessità di dettagliare le condizioni di contorno, oltre a garantire una maggior sicurezza al paziente, giova a proteggere il professionista dall'attribuzione di colpa.

Per chi somministra, i riverberi sulla responsabilità non sono certamente di minor consistenza.

Dall'infermiere - quale figura maggiormente coinvolta nella somministrazione, in aderenza alle previsioni dello specifico profilo professionale - è esigibile un'azione improntata ad accortezza, scrupolosità, sollecitudine, competenza quali si convengono a un buon professionista.

Talvolta, la routine e l'assuefazione ai rischi insiti nell'ordinario operare determinano

un abbassamento della soglia di vigilanza e la sottovalutazione dei pericoli.

Non si deve dimenticare invece che è proprio nel settore delle terapie farmacologiche che si sviluppa un elevato - se non il maggior numero di eventi indesiderati, con varia sequela di danni ai pazienti.

Le terapie al bisogno, ancorché prevalentemente riferite a categorie di farmaci stimati meno pericolosi di altri, meritano forse una riconsiderazione complessiva, di concerto tra professionisti di differente estrazione, per stabilire quando siano imprescindibili e, in tal caso, a quali canoni debbano conformarsi.

TERAPIA AL BISOGNO A DOMICILIO

Finora il nostro discorrere ha mantenuto per scenario un luogo di degenza; spostiamo ora l'attenzione a quel che accade al di fuori: residenza privata o altro domicilio del paziente (casa di riposo, ecc.). Eccetto i farmaci di impiego esclusivamente ospedaliero, teoricamente ogni altro medicinale può essere assunto al domicilio.

La ricetta medica è una prescrizione un po' diversa da quella più volte sopra richiamata.

Si tratta di documento alla cui presentazione è subordinata, nei casi previsti dalla legge, la vendita di medicinali.

La ricetta richiede, accanto a elementi riguardanti l'identificazione del beneficiario e del redattore, le indicazioni necessarie a identificare il prodotto da dispensare.

Ulteriori informazioni - ad esempio sulle modalità di somministrazione - non dispiegherebbero la loro utilità quando la ricetta fosse trattenuta dal farmacista, come avviene per i farmaci erogati a carico del servizio sanitario pubblico.

Numerosi sono gli aspetti sui quali dovrebbe essere richiamata l'attenzione dei pazienti; dalla conservazione dei medicinali alla loro preparazione; dalle modalità di assunzione alle precauzioni da osservare nello svolgere attività richiedenti particolari livelli attentivi; dalla rilevazione di manifestazioni inattese alle cautele nell'automedicazione e nell'assunzione di prodotti "non convenzionali".

L'esperienza maturata in ospedale nella gestione degli eventi indesiderati da terapia induce a ritenere che questi abbiano a verificarsi anche nel contesto domestico, seppure con determinanti e fattori favorevoli diversi.

Le istruzioni per l'assunzione di farmaci date verbalmente - al paziente o a persona che se ne prenda cura - sono poco sicure: chi ha ascoltato ha recepito correttamente il messaggio, è ragionevolmente certo che ricorderà bene, specie quando non vi sia un unico prodotto da assumere?

Età prevalente, epidemiologia e fattori turbativi di contesto, tra loro coalizzati, non sono certamente garanzia di sicurezza.

Per ridurre il grado di pericolosità, si potrebbe dotare il paziente di un documento di sintesi delle terapie da eseguire, recante le informazioni di stretta utilità, scritte in termini e caratteri agevolmente accessibili alla specifica persona, con riguardo alle sue capacità visive e intellettive.

Un tale strumento si rivelerebbe ancor più prezioso quando plurime fossero le prescrizioni, e le stesse soggiacessero ad adattamenti o modifiche sostanziali.

Quel che può apparire scontato per gli operatori sanitari, tale non è per larga quota di pazienti e di loro congiunti o assistenti, ancor più se stranieri e con difficoltà linguistiche oppure avvezzi a differenti modelli culturali.

In questa cornice, che posto assegnare a una prescrizione al bisogno?

Fermo l'auspicio di un sistematico rilascio del documento di ausilio terapeutico di cui si è detto, se anche il paziente fosse provvisto di un tal sussidio, prima di prescrivere al bisogno il medico dovrebbe valutare una serie di elementi, in parte dipendenti dalle caratteristiche del farmaco, in parte dalle caratteristiche del paziente o del suo *entourage*.

Se dubbi si sono sollevati riguardo alla rilevabilità di sintomi condizionanti la terapia da parte di professionisti sanitari, qui occorre stabilire se una persona, non solo tecnicamente incompetente ma altresì gravata da limitazioni patologiche, possa riconoscere le condizioni qualificanti il "bisogno".

Ancora una volta però non si vuole esasperare le pur esistenti criticità.

È impensabile abolire la prescrizione al bisogno per una nutrita serie di farmaci; ci si troverebbe nell'impossibilità di gestire il paziente al domicilio!

Dobbiamo quindi nuovamente far leva su serietà, abilità, competenza, prudenza - ma anche determinazione e coraggio e robusta dose di buon senso dei professionisti per una soluzione costruttiva, al riparo da incagli elucubrativi.

NOTE

¹ Dlgs. n. 549/1992, art. 4, Medicinali soggetti a prescrizione medica.

1 - I medicinali sono soggetti a prescrizione medica quando:

- possono presentare un pericolo, direttamente o indirettamente, anche in condizioni normali di utilizzazione, se sono usati senza controllo medico;
- sono utilizzati spesso, e in larghissima misura, in condizioni anormali di utilizzazione, con conseguenti rischi per la salute;
- contengono sostanze o preparazioni di

sostanze di cui non sono stati ancora sufficientemente approfonditi l'attività o gli effetti secondari;

d) sono destinati ad essere somministrati per via parenterale, fatte salve le eccezioni stabilite dal ministero della sanità.

2 - I medicinali di cui al comma 1, quando non abbiano le caratteristiche dei medicinali previsti dagli articoli 5, 9 e 10, devono recare sull'imballaggio esterno o, in mancanza dello stesso, sul condizionamento primario la frase "Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica"...

² Dlgs. n. 539/1992, art. 3, **Medicinali non soggetti a prescrizione medica.**

1 - I medicinali non soggetti a prescrizione medica ... sono i medicinali che non rispondono ai criteri indicati negli articoli 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. Nell'ambito di questi, si definiscono medicinali da banco o di automedicazione i medicinali che, per la loro composizione e il loro obiettivo terapeutico, sono concepiti e realizzati per essere utilizzati senza intervento di un medico per la diagnosi, la prescrizione o la sorveglianza nel corso del trattamento e, se necessario, con il consiglio del farmacista.

2 - Il farmacista può dare consigli al cliente, in farmacia, sui medicinali di cui al comma 1. Gli stessi medicinali possono essere oggetto di pubblicità presso il pubblico ove abbiano i requisiti stabiliti dalle norme vigenti in materia e purché siano rispettati i limiti e le condizioni previsti dalle stesse norme.

³ Nell'ambito dei farmaci senza obbligo di prescrizione un'ulteriore distinzione viene posta tra quelli non passibili di pubblicità - SOP o SOP SP - e farmaci con possibilità di pubblicazione - OTC.

⁴ Ci si riferisce alla PCA: Patient Controlled Analgesia, per la quale il paziente dispone di pompa infusione azionabile da lui stesso, con rilascio di dose programmata di farmaco, in rapporto al dolore percepito. Per questa modalità di erogazione farmacologica si impone un'accurata verifica dell'affidabilità del paziente e delle misure di salvaguardia, per scongiurare abusi di autosomministrazione. Estrema prudenza deve riservarsi poi alla somministrazione disposta da persone diverse dal paziente stesso, inclusi i componenti di staff assistenziali. In proposito, sono state emanate specifiche raccomandazioni della JCAHO:

PCA by proxy errors are highly preventable and can be significantly reduced with adequate and appropriate education and training of staff and family members. To reduce the risk of PCA by proxy overdose, the Joint Commission - on the advice of ISMP and USP - offers the following safe practice recommendations:

1. *Develop criteria for selecting appropriate patients to receive PCA and nurse-controlled analgesia. This criteria-based selection process should consider the risk that PCA by proxy might occur. Some patients may not be appropriate candidates to receive PCA because of their age (infants and young children are not appropriate candidates); their mental state (con-*

fusion, agitation, restlessness); or due to their level of consciousness, psychological stability, or intellectual capacity. When assessing a patient for nurse-controlled analgesia, identify risk factors such as age, weight, pre-existing condition including allergies, and current medication use that may suggest increased monitoring.

2. Carefully monitor patients. Even at therapeutic doses, opiates can suppress respiration, heart rate and blood pressure, so the need for monitoring and observation is critical. Oximetry and/or capnography monitoring may be appropriate in some cases.
3. Teach patients and family members about the proper use of PCA and the danger of others pressing the button for the patient. Provide written instructions to family members that instruct them NOT to administer PCA doses.
4. Alert staff to dangers of administering a dose for the patient outside of a nurse controlled analgesia protocol.
5. Consider placing warning tags on all PCA delivery pendants that state, "Only the patients should press this button". Alternatively, consider posting warning signs in all areas PCA therapy is used that state, "Only the patient should press the PCA delivery pendant".

➤ BIBLIOGRAFIA

Guida all'esercizio professionale per i medici-chirurghi e gli odontoiatri, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, aggiornamento 2/2001: 150-151/6

Longo R, Lanzoni P, *L'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche*, in *Professione Infermiere*, 2005, 2: 2-9

Marcon G, *Danni conseguenti alla terapia farmacologica: come affrontare il problema*, in *RischioSanità*, 2003, 9: 7-15

Rodriguez D, Aprile A, *Medicina legale per infermieri*, Carrocci Faber, Roma, 2004

Sessa A, *Undici modi per sbagliare ricetta. Gli errori nel prescrivere possono causare danni anche gravi: il medico ne è responsabile*, in *Occhio Clinico*, UTET, 1998, Ottobre.

• "Infermieri all'Ufficio Relazioni con il Pubblico"

Daniela Negrini*

*Infermiera
Coordinatore Ufficio Relazioni con il Pubblico
Istituti Ortopedici Rizzoli - Bologna*

PREMESSA

Da tempo si discute dell'importanza di rendere le strutture ed i servizi sanitari a misura d'uomo, nonché di favorire la personalizzazione dell'assistenza riconoscendo la persona quale protagonista del

servizio. Il riconoscere l'individuo con la sua dignità ed i suoi bisogni di salute significa l'attivazione di percorsi rivolti ad una corretta informazione ed al soddisfacimento del cliente con un orientamento al miglioramento della qualità dei servizi.

Il miglioramento continuo della qualità, di cui un aspetto è la **qualità percepita** ovvero la soddisfazione del cliente, rappresenta un investimento per il futuro, in un presente che comunque è già caratterizzato da un mercato in cui la libera scelta di "acquisto" da parte del cittadino lo orienta verso un prodotto confacente alle sue esigenze, oltre che ai suoi problemi di salute.

A questo tipo di percorso si è parallelamente sempre più sviluppata l'attenzione delle Pubbliche Amministrazioni ed in particolare dei Servizi Pubblici, nei confronti dei diritti del cittadino, alla facilitazione del rapporto tra l'Azienda e l'utente, alla promozione della partecipazione del cittadino alle attività dell'Azienda garantendo il diritto di accesso alle informazioni.

Con il Dlgs. n. 29/1993 vengono così costituiti gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) identificati come un servizio aziendale preposto all'ascolto, all'informazione, all'accoglienza, all'orientamento, alla tutela ed alla partecipazione del cittadino.

L'URP diventa, quindi, un importante strumento per realizzare i principi di trasparenza e di semplificazione dell'attività sanitaria svolta dall'Azienda. È quindi un servizio di comunicazione che riconosce e valorizza il diritto dei cittadini ad essere informati, ascoltati, a ricevere una risposta chiara ed esauriente, favorendo il loro ruolo attivo e la loro partecipazione alle scelte aziendali, anche attraverso la raccolta delle segnalazioni e dei reclami.

GLI OPERATORI DELL'URP DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI DI BOLOGNA

L'URP del Rizzoli è un ufficio in cui operano quattro comunicatori pubblici ("comunicatori" in quanto formati secondo le indicazioni della legge n. 150/2000), di cui uno svolge attività di coordinamento, e siamo infermieri professionali inseriti nel servizio a seguito di concorso interno. La nostra esperienza lavorativa si è maturata in realtà assistenziali dell'Ente e abbiamo intrapreso un'attività che, inizialmente, ritenevamo molto distante dalle nostre esperienze precedenti.

Infatti per noi operatori, che provenivamo dalla cosiddetta "assistenza diretta", è stato particolarmente difficile capire, all'inizio del nostro nuovo percorso, come le nostre conoscenze e la nostra professionalità

potessero trovare ambiti di applicazione in quello che era, ed è tuttora a quasi sette anni di distanza, un'esperienza totalmente nuova e da costruire giorno per giorno.

Una delle maggiori difficoltà che abbiamo riscontrato è stato di ritrovarsi a gestire molte relazioni tramite telefono (senza la comunicazione del corpo, l'espressione del viso, la "visione" dell'altro) per un carico quotidiano che varia dalle 60 alle 100 telefonate quotidiane di varie tipologie e complessità, con la necessità continua di spostare l'attenzione mentale da un argomento all'altro.

Inoltre, non sempre telefonicamente è semplice interpretare il reale bisogno del cittadino e spesso occorre scavare nei "meandri più profondi" per fornire un'informazione corretta. Senza dimenticarci di coloro che, attraverso il telefono, non solo cercano una risposta ma vogliono essere accolti, ascoltati lasciare libero sfogo alle loro tristezze, solitudini e sofferenze.

Ed ecco che con il passare del tempo ci siamo sempre più resi conto che proprio la nostra pregressa esperienza nelle unità operative ci è stata, ed è tuttora, di aiuto fondamentale nel gestire le situazioni che quotidianamente si propongono, anche quelle più critiche e complesse, sia telefonicamente che direttamente in ufficio.

Le conoscenze approfondite dei servizi e dell'organizzazione dell'Azienda, la nostra formazione professionale rivolta all'ascolto, alla relazione, al riconoscimento del bisogno ed al *problem solving*, ci permette infatti di entrare in contatto con il pubblico con forte sensibilità umana, adattando la relazione con persone ogni volta diverse per istruzione, status sociale, etnia, modulando la comunicazione per adeguarla ai diversi interlocutori.

Sono consapevole che la tipologia del lavoro presso l'URP è molto diversa da quella svolta dai nostri colleghi che operano presso le unità operative, ma, proprio perché conosciamo la realtà dell'ambiente sanitario, fin dal primo giorno abbiamo fissato, come obiettivo del servizio, di agire tentando di "alleggerire", in un'ottica di collaborazione, i nostri colleghi dei reparti e servizi.

Riteniamo infatti che la possibilità di accogliere i cittadini in un ufficio dove la gestione del tempo è diversa da quella dei reparti (dove la frenesia e l'incalzare delle attività a volte impedisce la relazione) garantisce la soddisfazione delle richieste dell'utente e l'"alleggerimento" dell'impegno degli operatori delle unità operative e dei servizi, con possibilità anche di