numero 1/2

Filodiretto

Anno XXXVI / numero 1/2 gennaio/aprile 2018 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari n° 732/83 / Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari e Barletta Andria Trani

IN PUGLIA: L'INFERMIERE PROFESSIONE INVISIBILE

in evidenza

EDITORIALE
L'ignoranza della politica pugliese

PRIMO PIANO
Il nuovo direttivo OPI BAT

IN FORMAZIONE
L'infermiere & tsunami tecnologico

OPI

Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie
di Bari e Barletta-Andria-Trani
Anno XXXVI - N° 1/2 gennaio/aprile 2018
Spedizione in A.P.
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.
Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199

Questo periodico è associato alla
Unione Stampa Periodica Italiana

Filodiretto

PERIODICO DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DI BARI E BARLETTA - ANDRIA - TRANI

numero 1/2

Direzione/Redazione/Amministrazione
V.le Salandra 1/L - 70124 Bari - T. 080 9147070 - F. 080 54 27 413
redazionefilodiretto@libero.it - bari@ipasvi.legalmail.it

Editrice L'Immagine
Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
T. 080 337 50 34 - www.editricelimmagine.it
Finito di stampare il 9 marzo 2018

Direttore Responsabile
Saverio Andreula

Vicedirettori
Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico
Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione
Biagio Auciello, Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri, Maria Custode, Vincenza Anna Fusco, Elena Guglielmi, Antonella Iodice, Altomare Locantore, Savino Lombardi, Vanessa Manghisi, Giuseppe Mazzotta, Savino Petruzzelli, Loredana Piazzolla, Nicoletta Ricciardi, Ruggero Rizzi, Nicoletta Sgarra.

Comitato di esperti
Saverio Andreula, Pasquale Nicola Bianco, Maria Caputo, Leonardo Di Leo, Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia, Giuseppe Notarnicola

Coordinamento di Redazione
Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione
Vanessa Manghisi

Hanno collaborato
Paolo Barile, Raffaele Campese, Liana Libera Diana, Michele Fighera, Ciro Genchi, Vincenzo Inglese, Michela Lacasella, Vincenzo Maldera, Nicola Marino, Marika Nigro, Gianna Palmisano, Daniela Paolillo, Giuseppe Papagni, Antonella Perrucci, Anna Maria Sblano, Gabriele Schirano.

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

FiloDiretto è un periodico dell'OPI di Bari, utilizzato dagli Ordini Professioni Sanitarie di Bari e BAT, che pubblica, nelle sue sezioni, contributi originali (articoli scientifici inerenti alla teoria e alla pratica infermieristica, alla organizzazione dei servizi socio-sanitari, alla politica sanitaria, ecc), in lingua italiana, relativi ai vari ambiti della professione infermieristica. Per la pubblicazione, saranno considerati i lavori su temi specifici purché abbiano le caratteristiche della completezza, siano centrati su argomenti di attualità e apportino un contributo nuovo e originale alla conoscenza dell'argomento. Il testo deve essere inviato come file di un programma di videoscrittura (Word o RTF o TXT) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica è necessario sempre fornire una foto dell'autore con risoluzione di almeno 300 DPI in formato TIFF o JPG, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. Le citazioni bibliografiche devono essere numerate progressivamente nel testo e al termine dell'articolo andranno inserite tutte le citazioni dei lavori a cui ci si è riferiti. In allegato all'articolo deve essere inviata una breve nota biografica dell'autore. L'invio e la pubblicazione degli articoli sono tutti a titolo gratuito ed in nessun caso danno diritto a compensi di qualsiasi natura. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli. Ogni lavoro deve riportare il nome e cognome dell'Autore (o degli Autori) per esteso, e l'indirizzo completo dell'Autore di riferimento per la corrispondenza. La Redazione si riserva il diritto di apportare modificazioni al testo dei lavori, variazioni ritenute opportune ed eventualmente ridurre il numero delle illustrazioni. I avori non pubblicati non si restituiscono. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione della rivista, preferibilmente utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: e-mail: redazionefilodiretto@libero.it. Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 1/L, 70123 Bari - tel. 080/9147070. Per l'invio tramite posta ordinaria, è necessario allegare alla versione cartacea il formato digitale su CD-Rom. Responsabilità: L'Autore è responsabile dei contenuti dell'articolo. Quando il contenuto dell'articolo esprime o può coinvolgere responsabilità e punti di vista dell'Ente nel quale l'Autore lavora, o quando l'Autore parla a nome dell'Ente, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili dell'Ente. Le opinioni espresse dall'Autore così come eventuali errori non impegnano la responsabilità del periodico. L'Autore è tenuto a dichiarare: che l'articolo proposto per la pubblicazione è inedito e non è già stato pubblicato e/o proposto contemporaneamente ad altre riviste per la pubblicazione; l'autenticità ed originalità dell'articolo inviato; l'assenza di conflitto di interessi relativamente all'articolo proposto; eventuali finanziamenti, di qualunque tipo, ricevuti per la realizzazione dell'articolo.

EDITORIALE
3 **L'IGNORANZA DELLA POLITICA PUGLIESE**
Saverio Andreula

PRIMO PIANO
6 **IL NUOVO DIRETTIVO OPI BAT**
a cura del Consiglio Direttivo dell'OPI BAT
8 **QUANDO LAVORARE FA RIMA CON EMIGRARE**
Savino Lombardi

IN PUGLIA
9 **CONSIGLIO SANITARIO SENZA INFERMIERI**
Salvatore Petrarolo
13 **INNOVARE LA SANITÀ**
Elena Guglielmi, Giuseppe Marangelli
16 **DUE MANI PER LA VITA**
Ciro Genchi

PROFESSIONE IN AZIONE
17 **NASCE LA CONSULTA GIOVANI**
Daniela Paolillo, Savino Petruzzelli
19 **STANZIATI 240 MILIONI SOLO PER I DIRIGENTI**
Giuseppe Papagni
21 **INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA**
Michela Lacasella
23 **LA CONTENZIONE IN SPDC**
Antonella Perrucci
25 **SCUOLE SICURE 2.0**
Vincenzo Maldera, Paolo Barile

RICERCA INFERMIERISTICA
26 **PEER EDUCATION E SIMULAZIONE DI CASI CLINICI**
Gabriele Schirano

PROMOZIONE SALUTE
28 **LA PUA LUOGO DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**
Anna Maria Sblano, Marika Nigro

SICUREZZA E BENESSERE
30 **PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**
Vanessa Manghisi
33 **IL NUOVO REGOLAMENTO EUROPEO SUI DPI**
Michele Fighera, Vincenzo Inglese
35 **VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO**
Liana Libera Diana, Gianna Palmisano

IN FORMAZIONE
38 **L'INFERMIERE & TSUNAMI TECNOLOGICO**
Raffaele Campese, Nicola Marino

CORSI E CONVEGNI
Loredana Cappelli

L'IGNORANZA DELLA POLITICA PUGLIESE

Infermieri, la professione invisibile

Saverio **ANDREULA**

Giuseppe **PAPAGNI**

Il Consiglio Regionale della Puglia all'unanimità promulga la legge istitutiva del consiglio dei sanitari, lasciando Infermieri e altre dodici professioni sanitarie nell'oblio. Incredibile, ma vero. Anche Michele Emiliano, Presidente della Puglia, nonché assessore alle politiche della salute, nel dare avvio alla costituzione del Consiglio dei Sanitari regionale definito con la legge 29 marzo 2016 (box) con propri decreti di nomina, non senza manifestare la propria irritazione, dopo alcune nostre note contestative, titubante, ammette di aver promulgato, unitamente al Consiglio Regionale, una legge che nel suo articolato, inopportunamente, chiude la porta in faccia alla professione Infermieristica e a tante altre.

La lettura cogente della produzione formale dei resoconti stenografici prodotti dagli uffici della regione non solo evidenziano la responsabilità politica del Governatore Emiliano, ma mettono in luce, e senz'alibi, la superficialità di conoscenza del mondo politico e istituzionale dell'ordinamento che regola e disciplina la rappresentanza istituzionale delle professioni sanitarie.

Gli Infermieri risultano agli occhi di Emiliano e dei Consiglieri Regionali della Puglia, lavoratori privi di legittimità nell'essere considerati professionisti sanitari e ciò sostanzialmente mette in ridicolo, agli occhi del mondo sanitario, la Regione Puglia. E' proprio cosi! Emiliano e il suo Consiglio Regionale, non si sono resi affatto conto, al netto dei pareri espressi dai propri uffici legislativi, che la legge, nella sua articolazione e negli effetti che produce, determina non solo l'esclusione della Professione Infermieristica ma anche l'esclusione di altre dodici professioni sanitarie.

Una attenta analisi del testo di legge evidenzia una palese situazione di "cortocircuito" tra la sua "ratio", la motivazione politica e le normative di riferimento richiamate in premessa e nel merito, definibili "logicamente incompatibili".

Invitiamo i lettori e in particolare la comunità infermieristica pugliese a una conoscenza più approfondita e chiarificatrice della "irrazionale" legge istitutiva del Consiglio regionale dei sanitari, con approfondimenti che consegna loro il resoconto stenografico ufficiale sulla discussione avvenuta durante la seduta deliberante del Consiglio regionale pugliese, iniziata con la presentazione del testo a cura del relatore Pino Romano del PD, Presidente della Commissione sani-

"Emiliano e il Consiglio Regionale Pugliese promulgano una legge irrazionale"

»

tà della Puglia e firmatario con Mazzarano capogruppo del PD del disegno di legge poi licenziato con modifiche sostanziali rispetto al testo originario in aula durante la sua discussione. Allacciatevi la cintura e prestate attenzione, a seguire riportiamo le parole testuali usate dal presidente commissione sanità Pino Romano nella presentazione avvenuta in aula del testo del DDL:

> *ROMANO, relatore. Signor Presidente, colleghi consiglieri, in un periodo in cui si parla e si attuano tagli alla sanità, che mettono in seria discussione il diritto costituzionale alla salute, bisogna tener ben presente che la risorsa principale del Servizio sanitario sono i medici, gli INFERMIERI e tutte le altre professioni sanitarie. (Sic)*

Avrete già notato qualche incongruenza significativa? Certo, il relatore affianca ai medici, gli Infermieri e altre professioni come risorse principali del SSR. Sarà così?
Purtroppo accade l'imprevedibile:
Il testo del ddl, viene modificato in aula con un emendamento a firma di un Consigliere di minoranza di Forza Italia "Gatta" che vanifica tutti gli sforzi compiuti dai Collegi IPASVI per migliorare l'organismo e per rendere lo stesso rappresentativo delle realtà professionali presenti nel panorama sanitario. Accade che l'emendamento "Gatta", condiviso e fatto proprio dal "Governo Emiliano" mette alla porta gli Infermieri! Gli Infermieri, messi fuori dal consiglio, rappresentano numericamente quasi il 50% della forza lavoro del sistema sanitario pugliese. A nulla vale considerare altresì che le funzioni cui l'organismo dovrebbe occuparsi rientra e ricalca in larga scala gli ambiti di competenza e di identità professionale universalmente riconosciuta, a partire dagli ordinamenti accademici, alla professione sanitaria di Infermiere.
Ciò posto, l'emendamento "Gatta", modificativo dell'art. 6 - ufficio di presidenza, al testo del disegno di legge portato in Commissione Sanità all'attenzione delle professioni interessate, fatto proprio dal Presidente Emiliano e dal Consiglio Regionale ha prodotto un risultato che evidentemente non è stato sufficientemente studiato e compreso, neppure dagli uffici legislativi della Regione. Di seguito spieghiamo le ragioni. L'emendamento "Gatta", diventato corpo formale della legge, in sostituzione del testo precedente, cita il D.M. del Ministero della sanità 29 marzo 2001 e la legge 10 agosto 2000, n. 251 che individua tutte le professioni sanitarie che dispongono di un proprio specifico ordinamento universitario ed un proprio specifico profilo professionale determinato da singoli D.M. identificativi degli ambiti di competenza e responsabilità. Complessivamente le professioni elencate nel D.M. richiamato dalla legge sono ventidue (22), raggruppate in 4 classi di laurea con il decreto interministeriale 19 febbraio 2009 pubblicato in G.U. del 25 maggio 2009 n. 119 (I legislatori pugliesi dovrebbero tenerne conto per dare una corretta interpretazione al significato che assume il termine "classe di laurea" e "aree" delle professioni sanitarie). Or dunque, ponendo per assurdo che le professioni di cui al D.M. citato nella legge, possano essere raggruppate per aree e che le stesse si coordinano tra di loro individuandone una sola rappresentativa dell'area di riferimento, si determinerebbe la fattispecie che solo altre quattro (4) professioni tra quelle su elencate potrebbero far parte dell'ufficio di presidenza di cui all'art. 6 della legge istitutiva del Consiglio dei Sanitari. In sostanza gli infermieri, attraverso i propri Ordini Provinciali dovrebbero condividere con la professione sanitaria di Ostetrica la nomina di un (1) proprio rappresentante in seno all'ufficio di presidenza. Posto che la matematica aiuta la comprensione dei fenomeni a rilevanza numerica, si perviene al seguente risultato: 12 professioni e tra queste le professioni sanitarie di Infermiere e Infermiere Pediatrico che sono rappresentate da un Ordine Professionale definito per legge da ambiti di rappresentanza provinciale, sono escluse dal Consiglio delle Professioni. Oppure, previo accordo con l'ordine delle ostetriche, nominare un proprio rappresentante. In sostanza, questo risultato determina incontrovertibilmente, nei fatti, una situazione di "cortocircuito" tra la "ratio" che la legge regionale 29 marzo 2016 n. 4 afferma; la motivazione politica e le normative di riferimento richiamate in premessa assumono una dimensione di concreta inconciliabilità. Tutto quanto premesso, ci porta a invitare il Presidente Emiliano e tutte le forze politiche che compongono il Consiglio Regionale a riflettere sull'opportunità di insistere sulla applicazione e attuazione della legge regionale 29 marzo 2016 n. 4, con i decreti di nomina. Forse è il caso di sospendere l'applicazione della legge per manifesta presenza nel testo di incongruenze rilevanti per procedere ad una nuova formulazione della legge coerentemente con gli obiettivi che l'Assemblea Regionale ha deliberato.

LEGGE REGIONALE 29 marzo 2016, n. 4
"Consiglio sanitario regionale".

Art. 1 - Consiglio sanitario regionale

1. Il Consiglio sanitario regionale (Csr) è un organismo tecnico consultivo della Giunta regionale e del Consiglio regionale.
2. L'istituzione di tale organismo nasce dalla volontà della Regione di coinvolgere tutte quelle figure professionali e tecniche del servizio sanitario regionale, quali interlocutori qualificati, nelle procedure decisionali al fine di contribuire ad assicurare scelte responsabili e consapevoli di promozione e tutela della salute.

Art. 2 - Compiti e Funzioni

1. Il Csr svolge le seguenti funzioni:
a) fornire pareri sugli effetti e sui risultati prodotti dalle deliberazioni di Giunta e dalle leggi regionali in materia di tutela della salute, contribuendo all'innovazione e allo sviluppo della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari;
b) svolgere attività di valutazione delle qualità dei percorsi formativi relativi alle figure professionali che intervengono nelle attività sanitarie e socio-sanitarie;
c) elaborare linee-guida e pareri sugli aspetti di carattere strettamente tecnico-scientifico sulle attività sanitarie;
d) fungere da osservatorio sulle attività di ricerca medico-scientifica condotte nella regione Puglia.

Art. 3 - Organi

1. Sono organi del Consiglio sanitario regionale:
a) il Presidente;
b) due vice Presidenti, di cui uno vicario;
c) l'Ufficio di Presidenza;
d) l'Assemblea.

Art. 4 - Il Presidente

1. Il Consiglio sanitario regionale è presieduto dall'Assessore regionale competente o suo delegato, che svolge i seguenti compiti:
a) convoca e presiede l'Assemblea del Csr;
b) presiede l'Ufficio di Presidenza;
c) propone all'Ufficio di Presidenza il programma di attività e l'ordine del giorno dei lavori;
d) sovrintende all'attuazione dei programmi di attività del Csr;
e) presenta annualmente al Consiglio regionale e alla Giunta regionale la relazione sull'attività del Csr;
f) propone al Csr il regolamento interno.

Art. 5 - Il vice Presidente vicario

...omissis...

Art. 6 - Ufficio di Presidenza

...omissis...

Art. 7 - Assemblea - Composizione

...omissis...

Art. 8 - Assemblea - Funzioni

...omissis...

Art. 9 – Assemblea - Articolazione di funzioni

...omissis...

Art. 10 - Sede

...omissis...

Art. 11 - Invarianza finanziaria

...omissis...

Il testo di legge integrale e i documenti prodotti dagli Ordini Professioni Infermieristiche di Bari e BAT sono consultabili sui siti www.ipasvibari.it e www.ipasvibat.it

IL NUOVO DIRETTIVO OPI BAT

Eletto il nuovo direttivo dell'Ordine degli Infermieri della BAT

a cura del
CONSIGLIO DIRETTIVO

Dallo scorso ottobre 2017 si è insediato il nuovo gruppo direttivo che seguirà per il prossimo triennio 2018-2020 gli infermieri della Provincia BAT ricordando le finalità dell'organo di rappresentanza a tutela del cittadino/utente che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante, senza pendenze rilevanti con la giustizia ecc.

Gli infermieri iscritti all'Ordine sono tenuti a tutelare la loro professionalità, esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice deontologico, esercitando il potere tariffario, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della BAT per il triennio 2018-2020 risulta così composto: Papagni Giuseppe (Presidente), Di Bari Carlo (Vicepresidente), Ragnatela Michele (Segretario), Ricchiuti Vincenzo (Tesoriere) Barile Paolo, Bonadie Grazia, Carella Agata, Custode Agata, Di Leo Leonardo, Locantore Altomare, Maldera Vincenzo, Paolillo Daniela, Petruzzelli Savino, Ruta Federico, Tortora Nicola.

Il Collegio dei Revisori dei Conti per il triennio 2018-2020, risulta così composto:
Rizzi Michele Cristian (Presidente), Calabrese Michele, Di Schiena Valentina, Sette Nicola (Revisore dei conti supplente).

Tanti progetti avviati come in pochissimo tempo dimostrano la serietà e continuità di tutti gli obiettivi posti nella campagna elettorale.

Sportello di ascolto psicologico: un servizio gratuito di sostegno per gli infermieri colpiti da stress lavoro correlato, definito come la percezione di squilibrio avvertita dal lavoratore quando le richieste dell'ambiente lavorativo eccedono le capacità individuali per fronteggiare tali richieste.

> **"Tanti progetti in cantiere per tutelare e valorizzare il professionista infermiere"**

La creazione di questo sportello di ascolto a disposizione degli infermieri mira a fornire gli strumenti per capire il fenomeno burnout e le cause che lo determinano.

Sportello Futuro: dove gli infermieri dell'ordine rispondono e danno una mano concreta ai colleghi più giovani, soprattutto durante le fasi critiche della presentazione

delle domande di partecipazione alle procedure concorsuali.
Lo sportello ha come obiettivo quello di fornire le basi per affrontare ogni problematica relativa alla presentazione delle domande di reclutamento attraverso bandi pubblici (avvisi, concorsi pubblici, ecc), consentendo agli iscritti di acquisire in breve tempo le nozioni necessarie a superare ogni tipo di ostacolo, anche tecnologico, ed essere i protagonisti del proprio futuro lavorativo.
Contestualmente assistiamo all'istituzione di un **ufficio legale** che nasce non solo per avvicinare il nuovo ordine alla comunità professionale della BAT ma anche e soprattutto per il contingente mercato del lavoro assai spezzettato.
"Questo servizio - continuano gli infermieri dell'ordine provinciale - necessita di difesa della nostra professione - anche legale - da tutte quelle sfaccettature negative che ne ostacolano il suo decollo nel sistema sanitario e soprattutto quello che è la ragione deontologica e professionale che è parte fondativa della nostra figura".
Le questioni da affrontare riguarderanno tutte le tematiche inerenti a problematiche deontologiche e professionali, della libera professione, eventi di abusivismo e demansionamento e anche questioni lavorative nei settori pubblici e privati.

"La tutela ordinistica favorirà non solo gli infermieri ma anche gli stessi cittadini offrendo strumenti efficaci contro l'abusivismo professionale"

Altra sfida si estende alla lotta al demansionamento e a tutte le forme di sfruttamento professionale, compreso l'abuso dell'utilizzo di (false) P. IVA in regime di mono - committenza, ed altre forme contrattuali svantaggiose per gli infermieri.
Confidando nella collaborazione e partecipazione dei colleghi iscritti, il Consiglio Direttivo continua il suo percorso di miglioramento ed assistenza per i cittadini e gli infermieri, per un sistema sanitario più efficace ed efficiente ed una dignità professionale maggiormente rinforzata e tutelata.

QUANDO LAVORARE FA RIMA CON EMIGRARE

I migranti della sanità al programma TV "Presa diretta"

Savino LOMBARDI

Secondo i dati OCSE in Italia mancherebbero 60 mila infermieri che andrebbero aggiunti agli attuali 447 mila presenti per poter alzare il livello del Servizio Sanitario Nazionale, e secondo quelli di Alma Laurea ogni anno si laureano circa 10 mila studenti in Infermieristica e la maggior parte di loro incontra difficoltà nel trovare un'occupazione. Una volta conclusa la fase accademica e si decide di iniziare a cercare il primo lavoro come infermiere, le speranze sono molto elevate ma calano esponenzialmente nel duro scontro con la realtà lavorativa odierna, con le problematiche del mercato del lavoro italiano che comunque variano da regione a regione. Le aspettative, quando si finisce il percorso universitario sono molto alte, ma la precarietà del lavoro infermieristico italiano è spesso deludente. La delusione è sia per chi non trova una prima occupazione in quanto si sente escluso e messo all'angolo dal sistema, sia per chi ne trova una ma qui la delusione è di natura culturale, organizzativa e remunerativa. Il punto più dolente è il metodo di inserimento lavorativo, un numero non sempre adeguato di infermieri rispetto ai degenti, come denuncia la presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli, dove si evidenzia in Italia una media di 1 infermiere ogni 12 pazienti in confronto a realtà più "virtuose" che vedono 1 infermiere ogni 10 pazienti, senza un vero e specifico affiancamento e quindi spesso poca tolleranza da parte dei colleghi perché sovraccarichi o logori loro stessi di una situazione lavorativa così compromessa anche da una mancanza di figure di supporto. Quindi le menti fresche con voglia di un di più per il proprio futuro professionale e di vita decidono di guardarsi attorno, di leggere annunci rivolti al mercato del lavoro estero. E' diffuso oramai il fenomeno dell'emigrazione infermieristica dall'Italia, dove una quantità sempre più costante di professionisti lasciano la propria terra per trasferirsi in Inghilterra o in Germania dove trovano più facilmente un lavoro duraturo e stabile. E' indicativa di questo fenomeno la realtà del Royal Hospital di Preston dove ogni anno arrivano circa 170 infermieri italiani, perlopiù giovani e neo laureati che trovano subito un contratto a tempo indeterminato e migliori condizioni lavorative e dove su 800 posti letto operano circa 1800 infermieri. Ovviamente ciò non sempre accade per un fenomeno di "esterofilia", dove si viene richiamati da tutto ciò che sia straniero, ma per quello che l'estero riesce a proporre attraendo in un modo accattivante i giovani nei propri posti di lavoro. La conferma si ha sulle testimonianze che gli stessi emigranti rilasciano ai microfoni del programma televisivo, dove la necessità di voler per sé stessi una possibilità in più di vita e di lavoro si somma al raggiungimento di obiettivi personali e professionali difficili da perseguire all'interno dei nostri confini.

CONSIGLIO SANITARIO SENZA INFERMIERI

Anomalia pugliese

Salvatore PETRAROLO

Ci sono stati momenti in cui lo scontro dialettico è salito di tono, facendo perdere anche quel contegno istituzionale che toccherebbe ad un presidente della Regione.

Ma sulla legge che istituisce il Consiglio regionale sanitario in Puglia, il presidente del nuovo Ordine provinciale delle professioni sanitarie per la provincia di Bari, Saverio Andreula, ha mostrato sin dal primo momento un posizione intransigente. E lo ha fatto sostenendo la sua tesi con il conforto di testi di legge. A finire sul banco degli imputati è stato il Governatore della Puglia, Michele Emiliano: a giudizio del presidente Andruela, come scrive in un comunicato ufficiale del 12 gennaio scorso, "la legge (quella che istituisce il consiglio sanitario regionale, la numero 4 del 2016) nel suo articolato, non solo evidenzia la responsabilità del Governatore Emiliano, ma mette in luce, la poca conoscenza del mondo politico e istituzionale dell'ordinamento che regola e disciplina la rappresentanza istituzionale delle professioni sanitarie.

Per come è redatta la legge è uno schiaffo alle professioni sanitarie mortificate da Emiliano e dai consiglieri regionali della Puglia, poiché si sottrae alle stesse la legittimità a essere definite professioni sanitarie". La risposta del presidente della Regione, con toni poco diplomatici e ancor meno istituzionali, era arrivata attraverso i social: "Sono solo cazzate quelle scritte da Andreula" erano state le parole di Emiliano sulla pagina facebook del presidente degli infermieri della provincia di Bari.

Il Governatore, nella sua filippica via social aveva ricordato che la legge sul Consiglio regionale sanitario era stata varata due anni fa su iniziativa del Consiglio regionale e non dalla Giunta che Emiliano (tra l'altro assessore regionale alla sanità) presiede. "Se gli infermieri non fanno parte – evidenziava Emiliano – e mi sembra davvero strano, la colpa non è certo mia, ma di chi sentito presso la Commissione Sanità non ha ricordato al Consiglio regionale la necessità di includere anche gli infermieri".

Dal suo canto, Andreula (sostenuto in questa battaglia non solo di principio, dal suo collega della provincia Bat, Giuseppe Papagni) ha tenuto il punto: "Emiliano e il suo Consiglio regionale, non si sono resi affatto conto, al netto dei pareri espressi dai propri uffici legislativi, che la legge, nella sua articolazione e negli effetti che produce, determina non solo l'esclusione della Professione Infermieristica ma anche l'esclusione di altre 12 (dodici) professioni sanitarie".

Quella legge regionale, in pratica, determina nei fatti una situazione di cortocircuito, per dirla con le parole di Andreula e Papagni, tra la sua "ratio" (la motivazione politica) e le normative di riferimento richiamate in premessa e nel merito della stessa legge, logicamente incompatibili. Quella legge, in- »

somma, a giudizio dei presidenti degli Ordini delle professioni sanitarie di Bari e della Bat, è da riscrivere. Anche perché, spiegano ancora i vertici degli ordini infermieristici, "l'attivazione del Consiglio dei Sanitari, avviato con il decreto di nomina, è diventato anacronistico rispetto all'ordinamento che disciplina e regola la rappresentanza professionale degli Ordini professionali, nella loro funzione di Enti pubblici che agiscono quali organi sussidiari dello Stato in osservanza del disegno di legge "Lorenzin" sulla riforma degli Ordini delle professioni sanitarie approvato alla fine dell'ultima legislatura".

Quali siano le macroscopiche incongruenze di quella legge, Andruela e Papagni lo spiegano con dovizia di particolari avvalendosi della lettura dei resoconti stenografici prodotti dagli uffici della Regione durante la discussione avvenuta in aula della legge prima della sua approvazione.

"Anticipiamo la conclusione cui siamo pervenuti attraverso una facile e semplice simulazione applicativa della legge per come la stessa è articolata - spiegano i due presidenti -.

E' elementare dimostrare che diversamente da quanto afferma in premessa la legge e per quanto deducono le parole di presentazione della stessa al Consiglio a cura del relatore Pino Romano, nella realtà, si perviene alla facile conclusione che almeno dodici professioni sanitarie vengono, di fatto, discriminate e private del diritto di cittadinanza nel rango di professionisti.

Cosa dichiarava il relatore Pino Romano in aula? "Accade che l'emendamento "Gatta", condiviso e fatto proprio dal "Governo - Emiliano" mette alla porta gli infermieri che rappresentano numericamente quasi il 50% della forza lavoro del sistema sanitario pugliese" non trascurando il fatto "che le funzioni cui l'organismo dovrebbe occuparsi rientra e ricalca in larga scala gli ambiti di competenza e di identità professionale universalmente riconosciuta, a partire dagli ordinamenti accademici, alla professione sanitaria di Infermiere.

L'emendamento "Gatta", modificativo dell'art. 6 - ufficio di presidenza, al testo del disegno di legge portato in Commissione Sanità all'attenzione delle professioni interessate, fatto proprio dal Presidente Emiliano e dal Consiglio Regionale ha prodotto un risultato che evidentemente non è stato sufficientemente studiato e compreso, neppure dagli uffici legislativi della Regione".

Ed è ancora il relatore Romano, nel suo intervento in aula a spiegare che "l'emenda-

mento "Gatta", diventato corpo formale della legge, in sostituzione del testo precedente, cita il D.M. del Ministero della sanità 29 marzo 2001 e la legge 10 agosto 2000 n. 251, che individua tutte le professioni sanitarie che dispongono di un proprio specifico ordinamento universitario ed un proprio specifico profilo professionale determinato da singoli D.M. identificativi degli ambiti di competenza e responsabilità.
Complessivamente le professioni elencate nel D.M. richiamato dalla legge sono ventidue, raggruppate in 4 classi di laurea con il decreto interministeriale 19 febbraio 2009".
Quali siano la professioni, basta leggere l'elenco che il testo della legge regionale richiama esplicitamente: Infermiere, Ostetrica/o, Infermiere pediatrico, Podologo, Fisioterapista, Ortottista Assistente di oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale, Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica, Tecnico di neuro fisiopatologia, Tecnico ortopedico, Tecnico audioprotesista, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Igienista dentale, Dietista, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente sanitario.
Qual è la conclusione del ragionamento,

Saverio
CONGEDO

Cosimo
BORACCINO

fatta propria anche dai presidenti degli ordini infermieristici di Bari e Bat? "Ponendo per assurdo che le professioni di cui al D.M. citato nella legge, possano essere raggruppare per aree e che le stesse si coordinano tra di loro individuandone una sola rappresentativa dell'area di riferimento, si determinerebbe la fattispecie che solo altre quattro (4) professioni tra quelle su elencate potrebbero far parte dell'ufficio di presidenza di cui all'art. 6 della legge in esame.
Dodici professioni e tra queste le professioni sanitarie di Infermiere e Infermiere Pediatrico che sono rappresentate da un Ordine Professionale definito per legge da ambiti di rappresentanza provinciale, sono escluse dal Consiglio delle Professioni". Andreula e Papagni, sin dal primo momento hanno chiesto di sospendere l'applicazione della legge, ma il Consiglio sanitario regionale si è insediato regolarmente qualche settimana fa, nonostante quell'anomalia evidente (dodici professioni sanitarie non rappresentate e tra queste gli infermieri che rappresentano il 50 per cento della forza lavoro nel sistema sanitario pubblico.
Ma l'invito del presidente dell'Ordine infermieristico della provincia di Bari e la sua pervicacia, non è rimasto inascoltato: i primi ad ammettere che, effettivamente, il Consiglio regionale sanitario così com'è rappresenta un'anomalia, sono stati due consiglieri regionali (Mino Borraccino di Sinistra Italiana e Saverio Congedo di Fratelli d'Italia), trasversali nella loro posizione politica ma uniti nell'ammettere che bisognerà rimediare all'errore. Lo scorso 13 febbra-

io è stato proprio l'esponente di Fratelli d'Italia a depositare, all'attenzione del Presidente del Consiglio regionale, una proposta di legge per apportare "Modifiche alla legge regionale 29 marzo 2016 n. 4, Consiglio sanitario regionale".

Nella premessa della proposta di legge, Congedo scrive che l'obiettivo è quello di "modificare l'articolo 7 della legge, relativo alla composizione dell'assemblea del Consiglio sanitario regionale. Nella fattispecie si propone di integrare il testo allargando l'organo ai Presidenti degli Ordini infermieristici e a tutti gli operatori sanitari delle professioni non presenti nell'Ufficio di presidenza, cassando nel testo la dicitura elencante alcune specifiche figure professionali ad esclusione di altre".

Il consiglio regionale Congedo non fa mistero del fatto che la proposta "nasce dai rilievi formulati da Ipasvi che ha motivatamente sollevato, nella composizione dell'assemblea, incongruenze tra le diverse rappresentanze delle realtà professioni sanitarie.

"Il Consiglio Sanitario è un organismo importante che orienta l'azione politica nella tematica sanitaria, e gli infermieri attendono di essere parte attiva nel Sistema Sanitario Regionale"

La categoria infermieri – sottolinea ancora l'esponente di Fratelli d'Italia – è esclusa di fatto dall'assemblea dell'organismo sanitario, seppur incarni il 50 per cento della forza lavoro del sistema sanitario e svolga un ruolo fondamentale nell'erogazione dei servizi". La proposta di legge andrà calendarizzata alla ripresa dell'attività del Consiglio regionale, di fatto sospesa durante la campagna elettorale per le elezioni al Parlamento.

Bisognerà pazientare ancora qualche settimana, probabilmente pochi mesi, ma quell'anomalia tutta pugliese verrà sanata. A dispetto della teoria del presidente Emiliano per il quale "Andreula scrive cazzate".

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE BARI

E' convocata l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari, ai sensi del DPR n. 221 del 05/04/50 art. 23 e 24 con all'ordine del giorno:

1) Relazione del presidente
2) Conto consuntivo 2017
3) Bilancio di previsione 2018

L'Assemblea è convocata presso la sede dell'OPI di Bari sita in Viale Salandra 1/L, in prima convocazione alle ore 19.00 del 20/04/2018 ed in seconda convocazione presso la sede dell'OPI di Bari sita in Viale Salandra 1/L alle ore 10,00 del 27/04/2018. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il facsimile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede dell'Ordine.

Il Presidente *Saverio Andreula*

DELEGA PER L'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI BARI

IL SOTTOSCRITTO_____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL _____

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2018

DATA _____ FIRMA _____

INNOVARE LA SANITÀ

Un imperativo inderogabile anche per la Puglia

Elena GUGLIELMI

Giuseppe MARANGELLI

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale, oltre a richiedere una fase di revisione della spesa, ha bisogno, ancor di più, per mettere in salvo i sacrosanti principi ispiratori delle norme istitutive dello stesso SSN, di un'imponente dose d'innovazione. Ovviamente, questa seconda fase d'interventi in materia di cure avrà successo soltanto con una chiara e decisa regia oltre che mediante un'ampia partecipazione di tutti gli stakeholder coinvolti (Regioni, aziende sanitarie, operatori sanitari, cittadini e imprese). Un altro aspetto da mettere subito in chiaro, ed è un aspetto decisivo, riguardo all'innovazione, è che improponibile che tutto ciò possa avvenire senza un importante impegno economico, e non a costo zero, così come spesso si legge nei documenti di programmazione.

Per raggiungere gli obiettivi servono investimenti appropriati e ben allocati, ottenibili solo con una proattiva ricognizione dei fabbisogni di salute, presenti e futuri, dei cittadini. Davanti al rischio di una sorta di "tempesta perfetta" che incombe sul Servizio Sanitario Nazionale, tra il continuo definanziamento, l'obsolescenza delle apparecchiature e la faraginosa macchina burocratica, a disposizione dei decisori politici non resta che la sola via degli investimenti.

Tra l'altro, da non sottovalutare, soprattutto in questi anni di crisi, che in sanità gli investimenti hanno un deciso effetto moltiplicatore e per questo riescono a generare benessere, ricchezza e occupazione. Cambiare rotta diventa, quindi, la priorità e la risposta può arrivare solo da una governance complessiva in grado di rilanciare investimenti e innovazione nel sistema sanitario.

Purtroppo, come tutti hanno potuto notare, negli ultimi anni la "coperta corta" delle risorse per la sanità non ha aiutato a creare i presupposti di una rivoluzione nel sistema delle cure. Anzi, a rischio, in assenza di appositi investimenti, vi è la stessa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), soprattutto in presenza di una "cronicità" che continua prepotentemente a crescere. Questa è una scommessa che non possiamo permetterci di perdere. Sicuramente, un obiettivo importante è quello di superare le barriere all'interno del sistema e, tra i tanti interventi, puntare concretamente sulla salute digitale, ottimizzando i percorsi di cura e offrendo prestazioni sostenibili e di qualità attraverso partnership evolute tra centri erogatori delle cure e partner tecnologici. Questa è certamente la priorità! Per accelerare il raggiungimento di obiettivi così importanti, sarebbe opportuno far lavorare

»

le imprese assieme alle istituzioni e ai professionisti sanitari al fine di facilitare il processo di digitalizzazione in sanità.
Il nodo investimenti è l'elemento centrale del problema. E l'Italia, soprattutto nell'ambito della salute digitale, va troppo a rallentatore. Un altro aspetto critico è che, a tutt'oggi, manca una reale integrazione all'interno del nostro Servizio Sanitario Nazionale, anche se tutti, sia i professionisti sia i cittadini, ritengono che l'integrazione migliorerebbe significativamente il livello di qualità dello stesso sistema sanitario. Tuttavia, entrambi concordano sul fatto che l'attuale condizione del SSN non sia sufficientemente integrato.
Uno degli asset strategici nel processo di deospedalizzazione dell'assistenza, legato alla cronicità, è sicuramente la telemedicina, ma anche qui il lavoro da fare è ancora molto! Per accelerare il processo servono partnership evolute, capaci di migliorare la vita delle persone lungo tutto il percorso delle cure, dalla prevenzione alla diagnosi, fino al trattamento e alle cure domiciliari. Il futuro possibile della sanità non può che passare per la sfida digitale. Purtroppo, nel 2016 il finanziamento pubblico per la sanità digitale ha subito un'ulteriore flessione rispetto all'anno precedente. Questo significa un calo dell'attenzione della politica verso l'innovazione!
La flessione di finanziamenti non fa ben sperare, ma resta l'ottimismo della buona volontà di chi l'innovazione la pratica sul serio ogni giorno o la vorrebbe praticare. Gli investimenti dovrebbero essere destinati soprattutto per la gestione cronicità, poiché essa rappresenta una vera e propria sfida nella sfida.
Per contro, purtroppo, la questione "cronicità" pur tornando e ritornando nei dibattiti interni al nostro sistema sanitario non riesce a trovare soluzioni adeguate, anzi, tutto questo "parlare" rischia di generare assuefazione e dunque, paradossalmente, ritardi e inadeguatezze. Eppure i numeri della realtà sono preoccupanti e dovrebbero far allarmare tutti. Negli ultimi dieci anni la popolazione over sessantacinque anni è cresciuta in Italia di quasi due milioni e la fascia di età più popolosa nel 2045 si prevede tra i settanta e gli ottanta anni.
Questi dati suggeriscono che il tempo è maturo per passare a una risposta operativa diffusa sull'intero territorio nazionale. Invece, a tutt'oggi, dal punto di vista dei pazienti il "territorio" continua a non esistere, mentre l'ospedale gode ancora di una tradizione culturale ultracentenaria, il territorio, spesso, resta un concetto astratto della programmazione sanitaria, sprovvisto di qualunque fisicità agli occhi della popolazione. Il risultato è che i servizi del territorio stentano a generare fiducia nei confronti del cittadino e soprattutto quando il bisogno eccede il livello base, egli tende a rivolgersi all'ospedale, anche se la prestazione è inappropriata e anche se la struttura ospedaliera scelta non ha parametri di qualità elevati.
Occorre dare concretezza al territorio passando, come sempre più spesso è stato affermato, da un insieme di servizi parcellizzati, all'interno dei quali il paziente rischia di rimbalzare come una "pallina magica", a un modello chiaro e definito di presa in carico. Purtroppo, anche questa espressione di "presa in carico" rischia di essere un'ulteriore astrazione che non ispira fiducia.
I cittadini-utenti hanno bisogno di conoscere cose semplici: "con chi parlare", "dove recarsi". Invece, la presa in carico, di per sé, è vissuta ancora come una risposta sfuggente. Occorre renderla percepibile e operativa, tramite apposite figure professionali, in altre parole persone fisiche capaci di garantire un accompagnamento costante ai pazienti e alle loro famiglie.
Il case manager può e deve essere una figura centrale nel sistema della presa in carico. Non può trattarsi dell'ennesimo servizio astratto: il case manager deve essere fisicamente accessibile in un luogo e contattabile telefonicamente, deve garantire un servizio proattivo, deve costantemente contattare

"Uno degli asset strategici nel processo di deospedalizzazione dell'assistenza, legato alla cronicità, è sicuramente la telemedicina"

le persone per informarsi sulla situazione, deve gestire attivamente il PAI, deve prenotare le prestazioni, deve facilitare l'accesso ai servizi sociali, senza i quali la permanenza al domicilio del paziente è spesso impossibile, si deve coordinare con i responsabili dell'assistenza nei casi in cui il paziente si trovi ricoverato.
La presa in carico ha un preciso significato ed è "sempre". Ovviamente, il case manager ha un costo ed anche per questo c'è bisogno di trovare risorse.

"Il case manager può e deve essere una figura centrale nel sistema della presa in carico"

Queste ultime, per esempio, si potrebbero trovare anche attraverso un diverso sistema di remunerazione. Oggi, vige il sistema di remunerazione a prestazione o a giornata di degenza e spesso questo tipo di sistema incoraggia il passaggio del paziente tra i diversi servizi con ricadute negative sui costi e spesso anche sul risultato clinico complessivo.
L'altra scommessa è quella di una gestione attiva dei pazienti, supportata da strumenti sistematici di misura, capace di determinare un'ottimizzazione dei risultati e dei costi. La questione resta aperta e la partita è ancora tutta da giocare e la sostenibilità di quest'approccio non è al momento garantita. Di sicuro non ci sono altre scelte a disposizione, bisogna "spingersi oltre" e imparare rapidamente dalle esperienze sul campo, avendo però ben chiari fin dall'inizio alcuni elementi di metodo da cui può dipendere il successo delle azioni.
La complessità, sempre più alta, da gestire a livello del "territorio" deve essere affrontata con strumenti nuovi e con giusti investimenti. Se rivolgiamo uno sguardo attento alla sanità pugliese, vien fuori, almeno per alcuni aspetti, un approccio che potrebbe far ben sperare. Recentemente, infatti, con l'approvazione, da parte della Giunta Regionale, della delibera di adozione del Piano Operativo 2016/2018, del Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018, la Puglia sta cercando di affrontare i tanti nodi critici (della prevenzione, dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, della spesa farmaceutica, della gestione amministrativa) in maniera trasversale, per superare le inadempienze e rilanciare il sistema configurandolo intorno al miglioramento della qualità della vita dei cittadini.
La Regione è partita da una puntuale analisi sullo stato dei bisogni di salute dei cittadini, infatti, facendo riferimento ad una popolazione che sta diventando sempre più anziana (negli ultimi dieci anni, il numero di persone con più di settantacinque anni è passato da circa 321.000 a 425.000 e la tendenza è confermata nei prossimi anni), viene a modificarsi anche il profilo dei bisogni (il 40% dei cittadini pugliesi assisti presenta almeno una patologia cronica, assorbendo circa l'80% delle risorse sanitarie). A fronte di questa situazione, è stato deciso di ripensare profondamente la conformazione della rete dei servizi.
Sul piano dell'assistenza, sono state definite due direttrici: da un lato è stata rimodulata la rete degli ospedali, in modo da garantire tempestività della diagnosi, appropriatezza e sicurezza delle cure in un'ottica di razionalizzazione dei percorsi, e dall'altro è stata potenziata la cosiddetta medicina di prossimità, con la ridefinizione dei ruoli degli attori e dei luoghi, il potenziamento dei Presidi Territoriali di Assistenza, l'avvio di modelli avanzati di "Presa in carico" delle cronicità che guardano all'innovazione attraverso la telemedicina.
Il tutto, se realizzato, potrebbe finalmente determinare gli auspicati miglioramenti di un sistema che ad oggi è ancora ingabbiato nel passato e di conseguenza ancora troppo inefficace, in quanto lontano dai bisogni dei cittadini-utenti. Gli Infermieri pugliesi sono pronti da tempo!

SITOGRAFIA

- www.regione.puglia.it

DUE MANI PER LA VITA

Dalla condivisione di idee, molto spesso si realizzano grandi cose

Ciro GENCHI

Dalla condivisione di idee, molto spesso si realizzano grandi cose. Alcuni infermieri del 118 Bari Salvatore Cocuzza, Luigi Faretra, Giovanni Papagno, Giuseppe Cialdella, Vincenzo Leone in collaborazione con il cardiologo dott. Giuseppe Diaferia, hanno deciso di realizzare quello che in origine era solo un sentimento, poi un progetto ed ora realtà. È nata un'associazione chiamata "Due Mani Per La Vita Corato". L'obbiettivo? La divulgazione in maniera capillare e semplice di nozioni di primo soccorso e la formazione di persone che possano utilizzare il DAE (defibrillatore semi-automatico esterno). Grazie alle autorizzazioni dell'amministrazione comunale di Corato, località dove ha sede l'Associazione, si sono potuti collocare alcuni punti AED e si sono riusciti a formare diversi operatori in grado di poterli utilizzare. L'idea principale è quella di sensibilizzare i cittadini al corretto utilizzo del sistema di emergenza urgenza ed allo stesso tempo insegnare a chiunque, mamme, papà, casalinghe, insegnanti, professionisti di ogni genere e di ogni età, il giusto modo di approcciare e soprattutto gestire gravi situazioni di emergenza sanitaria. L'intento è quello di impedire che ci siano bambini, adulti, anziani, parenti conoscenti, vicini di casa, affidati a persone che non abbiano la giusta formazione nella gestione dell'emergenza/urgenza e che si debba assistere inermi ad un episodio di "morte improvvisa" solo come spaventati spettatori. L'analisi della disinformazione diffusa e l'esigenza cocente di affermare che con il sapere e con la formazione fatta da istruttori qualificati secondo linee guida AHA (American Heart Association) si possono ottenere magnifici risultati in termini di "morti evitabili" in ambito scolastico, nelle aziende, per le strade, ovunque, rende avvincente questa attività. Insegnare a chiunque come riconoscere in 10 secondi un arresto cardiaco e superare gli impedimenti e il panico per iniziare una rianimazione cardiopolmonare efficace, insegnare le manovre per una corretta disostruzione delle vie aeree nel lattante, nel bambino, nell'adulto ed anche l'utilizzo dei defibrillatori, sempre più diffusi nei luoghi pubblici su tutto il territorio nazionale, è la sfida. Istruttori AHA, tutti regolarmente accreditati alla regione Puglia, possono effettuare corsi BLSD con regolare rilascio di attestato da parte della C.O. 118 di Bari. Numerose sono le iniziative in calendario e per questo si avvalgono della preziosa collaborazione di altri Infermieri Istruttori formati dalla stessa Associazione, Antonella Coscia, Maria Mercurio e Mario Fortuna. In programma c'è "Avvicinarsi alla Vita", un corso pre-parto eseguito anche con la collaborazione di ostetriche e psicologi, progetto "Bimbi Sicuri" e "Pillole di Pediatria", nei quali sono illustrate le procedure per prevenire incidenti e gestire comuni emergenze sanitarie domestiche in età neonatale e nel bambino, soprattutto attraverso le corrette ed appropriate modalità di allertamento dei soccorsi e le manovre di primo soccorso.

NASCE LA CONSULTA GIOVANI

I giovani professionisti entrano nell'Ordine della sesta provincia pugliese

Daniela **PAOLILLO**

Savino **PETRUZZELLI**

Nasce nella BAT la Consulta Giovani Infermieri, per volontà del Presidente Papagni e di tutto il consiglio direttivo dell'Ordine. "La decisione - spiega il presidente Papagni - di voler costituire un organo collaterale al collegio stesso costituito da infermieri giovani e/o neolaureati che possano collaborare fra loro e per la comunità professionale". Mettere insieme un gruppo affiatato di giovani colleghi capaci di portare idee innovative per la professione, un serbatoio di energia che possa portare quel valore aggiunto alle attività dell'Ordine stesso. L'obiettivo è anche creare e formare una classe dirigente che possa continuare la politica di rappresentanza e sviluppo portata avanti dal gruppo dirigente dell'OPI BAT.

Le principali attività che racchiudono la Consulta Giovani della BAT sono:

- Collaborazione e supporto alle iniziative del Collegio;
- Fucina di idee per l'innovazione e la modernizzazione della professione;
- Collante e mediatore tra vecchie e nuove generazioni di infermieri;
- Far conoscere e diffondere la funzione e le attività dell'Ordine in ambito pre e post laurea;
- Esternalizzare tutti quei servizi che l'Ordine offre ai propri iscritti, spesso poco conosciuti;
- Collaborazione con gli altri ordini professionali al fine di far crescere la professione infermieristica (Ordine dei Medici, Ordine dei Farmacisti, Ordine degli Psicologi, ecc..);
- Dialogare coi giovani colleghi neolaureati per orientarli nel mondo del lavoro;
- Offrire le proprie competenze all'interno dei vari ambiti di lavoro e nei progetti sia a livello provinciale che regionale;
- Sinergia con gli altri Ordini d'Italia;
- Offrire opportunità di collaborazione e lavoro ai giovani infermieri neolaureati.

Il progetto della Consulta Giovani si presenta oggi in una veste professionale innovativa per la sesta provincia pugliese con l'obiettivo di prestare al meglio le collaborazioni e realizzare l'intento di tutto il Consiglio Direttivo. "Oggi – continua il presidente dell'Ordine degli infermieri della BAT - ci presentiamo per offrire supporto ed innovazione all'interno della nostra professione e tendiamo la mano a tutti quei nostri colleghi che, freschi di laurea, abbiano intenzione di contribuire al rafforzamento della propria professione, avere consulenze, partecipare alle iniziative del Collegio e seguire le opportunità formative che questo pro-

»

pone". La Consulta Giovani può essere vista anche come la porta d'ingresso per andare a fondo nella propria professione, capirla e diventarne protagonista. Il progetto appena costituito preso in carico nella gestione e sviluppo dagli infermieri Daniela Paolillo e Savino Petruzzelli vuole invitare, costituire e progettare con tutti i giovani colleghi e neolaureati ambiti ben definiti per la professione, con i quali si ha più affinità o di cui si possiedono titoli specialistici.

"Se anche tu individui un particolare interesse nei riguardi della professione infermieristica – concludono i consiglieri Paolillo e Petruzzelli - in generale o uno dei campi specifici, non esitare a contattarci, siamo a tua disposizione! Qualunque siano le tue domande, i tuoi dubbi, i tuoi progetti ed i tuoi interessi nell'ambito della professione potete contattare direttamente la segreteria dell'Ordine della BAT, rimanendo sempre a vostra disposizione".

FIRMATO IL DECRETO "GENTILONI" PER RICONOSCERE LA PENSIONE ANTICIPATA AGLI INFERMIERI CON PROFESSIONE GRAVOSA (MA NON USURANTE)

Finalmente ci siamo: anche gli infermieri, secondo determinati criteri, rientrano tra le figure che potranno andare in pensione prima del termine fissato, perché annoverati tra i lavoratori che svolgono attività "gravose".
È stato annunciato proprio in questi giorni quello che era prevedibile, ovvero l'innalzamento dell'età pensionabile da 66 anni e 7 mesi a 67 anni a partire dal 2019, questo in relazione agli ultimi dati Istat che hanno rilevato un aumento dell'aspettativa di vita.
Tra polemiche e dibattiti infuocati non tutto è perduto, almeno per 11 fortunate categorie, che in relazione a quella che sarà la Legge di Bilancio, e quindi in relazione alle risorse disponibili, potranno godere del congelamento dell'adeguamento dell'età pensionabile, anche gli infermieri che hanno svolto negli ultimi 5 anni lavoro notturno.
Non è certo una vera e propria conquista e siamo ancora lontani dal riconoscimento della professione infermieristica come "usurante", ma il "gravoso" è comunque un passo avanti che ci fa sperare in meglio.

STANZIATI 240 MILIONI SOLO PER I DIRIGENTI

Infermieri discriminati nella legge di Bilancio 2018

Giuseppe PAPAGNI

Attraverso un emendamento viene finanziata la Retribuzione Individuale di Anzianità per la sola dirigenza medica, sanitaria e veterinaria. La Legge approvata, contrariamente alle previsioni ed ai vincoli di spesa per il rinnovo di tutti i contratti del pubblico impiego, grazie all'emendamento presentato in commissione Bilancio e Tesoro della Camera (presieduta dall'on. Francesco Boccia) dal responsabile per il PD delle politiche della salute Federico Gelli (medico), finanzia e ripristinata la retribuzione individuale di anzianità (RIA) esclusivamente per la classe medica per ben 240 milioni di euro!

La proposta di modifica n. 41.65 al testo del DDL per riferimento all'articolo n. 41 del ddl di Bilancio presentato il 18 dicembre c.a. in V Commissione Bilancio e Tesoro della Camera da Federico Gelli e altri 27 cofirmatari, prevalentemente del PD (19), affiancati nella proposta da alcuni parlamentari 5 Stelle (4), della Lega (2), gruppo misto (1), Fratelli d'Italia (1) e da un Medico (Rocco Palese, di Forza Italia), in evidente conflitto d'interessi. La legge di bilancio 2018, in corso di pubblicazione, all'art. 1, co. 435 così stabilisce:

"Al fine di valorizzare il servizio e la presenza presso le strutture del Servizio sanitario nazionale del personale della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria e di attenuare gli effetti finanziari correlati alla disposizione di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, con riferimento alla retribuzione individuale di anzianità, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 30 milioni di euro per l'anno 2019, di 35 milioni di euro per l'anno 2020, di 40 milioni di euro per l'anno 2021, di 43 milioni di euro per l'anno 2022, di 55 milioni di euro per l'anno 2023, di 68 milioni di euro per l'anno 2024, di 80 milioni di euro per l'anno 2025 e di 86 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026. Le risorse di cui al primo periodo sono destinate a incrementare il Fondo per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria. Conseguentemente, il Fondo di cui al comma 624 è ridotto di 30 milioni di euro per l'anno 2019, di 35 milioni di euro per l'anno 2020, di 40 milioni di euro per l'anno 2021, di 43 milioni di euro per l'anno 2022, di 55 milioni di euro per l'anno 2023, di 68 milioni di euro per l'anno 2024, di 80 milioni di euro per l'anno 2025 e di 86 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026. 65. (Nuova formulazione) Gelli, Lenzi, Carnevali, Piazzoni, Amato, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Capone, Casati, D'Incecco, Grassi, Mariano, Miotto, Piccione, Sbrollini, Grassi, Covello, Iacono, Palese, Antezza, Monchiero, Rizzetto, Guidesi, Simonetti, Cariello, Castelli, D'Incà, Sorial". Una scelta vergognosa e discriminante che non rico-

»

nosce il ruolo dei professionisti infermieri e relativo riconoscimento economico delle competenze specialistiche. La Commissione Bilancio favorisce la classe dirigenziale medica, sanitaria e non sanitaria costituita da appena 150 mila dipendenti concedendo 240 milioni di euro, negando ingiustificatamente invece i 20 milioni di euro della RIA agli infermieri ed altre figure professionali del comparto del SSN. Un riconoscimento, quello della RIA per i soli dirigenti che arriva all'indomani dello sciopero della classe medica (supportato dalla lobby parlamentare) che ha avuto l'effetto di un aumento di 240 milioni di euro, sui fondi accessori a partire dal 2019. Invitiamo tutte le OO.SS. ad opporsi a questa vergogna inaccettabile che rischia di incrinare i rapporti tra politica e professionisti della sanità, anche attraverso uno sciopero di tutto il comparto sanità. Invitiamo altresì tutti gli Enti ordinistici di rappresentanza infermieristica a far fronte comune nel sostenere politiche che vadano a determinare il giusto riconoscimento economico. Invitiamo pertanto le delegazioni sindacali impegnati presso l'Aran nelle trattative del rinnovo contrattuale a non accettare deroghe sull'orario di lavoro, alla riduzione dei diritti attuali sanciti dalla comunità europea e dalla costituzione ed agli incarichi funzionali a tempo. La soluzione per riportare in equilibrio questa grave discriminazione nei confronti degli infermieri sarebbe quella di approvare la stessa indennità (RIA) per il comparto, attraverso un finanziamento dei fondi accessori del comparto da parte delle regioni. Quindi, tutto questo ha determinato un ulteriore regalo ai dirigenti medici, che grazie alla legge di Stabilità del 2015 avevano già beneficiato dello sblocco dell'indennità di esclusività, bloccata nel 2010 dalla legge 122, articolo 9, comma 2. Perché il passaggio da collegio ad Ordine non può diventare un alibi per questa classe politica per gratificare economicamente sempre la stessa famiglia professionale! Gli infermieri non subiranno quest'ulteriore ingiustizia!

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE BARLETTA-ANDRIA-TRANI

E' convocata l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Barletta-Andria-Trani, ai sensi del DPR n. 221 del 05/04/50 art. 23 e 24 con all'ordine del giorno:

1) Relazione del presidente
2) Conto consuntivo 2017
3) Bilancio di previsione 2018

L'Assemblea è convocata presso la sede del OPI BAT sita in Via Margherita di Borbogna, 74 Trani in prima convocazione alle ore 19,00 del 20/04/2018 ed in seconda convocazione alle ore 10,00 del 27/04/2018 presso Casa di Riposo "San Giuseppe" R.S.S.A. Via Santa Lucia 29/C - Canosa di Puglia. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede dell'Ordine.

Il Presidente *Giuseppe Papagni*

DELEGA PER L'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI BAT

IL SOTTOSCRITTO_____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI DAL

_____

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2018

DATA _____ FIRMA _____

INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA

Michela LACASELLA

Un infermiere può svolgere la propria attività in strutture pubbliche e private come dipendente con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, così come può lavorare come libero professionista.

Il libero professionista è un lavoratore che svolge un'attività economica a favore di terzi svolta ad erogare una prestazione di servizi mediante lavoro intellettuale. L'attività svolta da tale soggetto è detta, quindi, libera professione.

L'etimologia della parola professionista deriva da "professare", cioè essere fedele a statuti ordinistici e/o regolamentanti di attività lavorativa, che un tempo poteva anche essere artigianale o artistica. In via generale, per esercitare la propria attività specifica i liberi professionisti devono possedere requisiti di Legge che variano da Stato a Stato.

Generalmente devono essere iscritti agli Albi professionali quando questi esistono e, in caso contrario, nulla vieta loro di iscriversi ad una associazione di categoria. Nel caso specifico dell'infermiere è obbligatoria la iscrizione al Collegio IP.AS.VI. della provincia ove si svolge l'attività prevalente.

Il libero professionista, avendo una professionalità acquisita tramite percorsi di istruzione superiore (come di regola una laurea) mette tale professionalità a servizio della collettività, soggiacendo ad una particolare e specifica disciplina legislativa.

Esiste inoltre un'importante differenza tra i termini "libero professionista" e "professionista", specie in un contesto tecnico-legale internazionale.

Per le leggi italiane per professionista infermiere s'intendono entrambi gli ambiti di impresa e di lavoro autonomo. In questo secondo caso, per potere diventare un libero professionista si ha la necessità di avere il proprio personale numero di partita IVA, per potere rilasciare fattura a seguito dei vari compensi ricevuti e potere così dichiarare i propri redditi al fisco.

Per un infermiere la richiesta e la relativa attribuzione della partita IVA è assolutamente gratuita e mantenerla negli anni non ha nessun costo.

Per poterlo fare è necessario scaricare l'apposito modulo AA9/12 dal sito dell'Agenzia delle Entrate, compilarlo, firmarlo e trasmetterlo.

I campi da tenere sotto osservazione sono il codice ATECO che, sempre nel caso dell'infermiere, è il n.ro 86.90.29 - altre attività paramediche indipendenti NCA -; ed il campo della scelta del regime fiscale (forfettario o ordinario/semplificato).

Per questo secondo punto la considerazione da fare è la seguente: se si pensa di fatturare da 0 a 30.000,00 € in un anno

»

(la maggior parte dei casi) conviene assolutamente assoggettarsi al regime forfettario; se, altresì, si pensa di fatturare oltre i 30.000,00 €, il regime obbligato è l'ordinario/semplificato. Nello specifico la convenienza del forfettario, introdotto fiscalmente dal 01.01.2015 e rivoluzionato in data 01.01.2016 dalla Legge Finanziaria, è stato concepito per i professionisti che si affacciano per la prima volta nel mondo del lavoro.

Vantaggi del regime forfettario: bassa tassazione IRPEF (infatti l'imposta sostitutiva è del 5% per i primi 5 anni e del 15% negli anni successivi) nel mentre, per altre tipologie di lavoro, la tassazione va dal 23% al 42%; altro vantaggio di questo regime fiscale è l'esenzione dall'IVA (ciò significa che quando si emette fattura non si dovrà aggiungere l'IVA corrente) esonerando il professionista dalla presentazione del riepilogo IVA trimestrale e dal conguaglio annuale; ulteriori vantaggi sono la esenzione dalla ritenuta d'acconto, dall'IRAP (altro 3,9% risparmiato) e la esenzione dalla compilazione degli studi di settore e dalla registrazione delle proprie fatture su apposito registro vidimato dall'Agenzia delle Entrate.

"Per un infermiere la richiesta e la relativa attribuzione della partita IVA è assolutamente gratuita e mantenerla negli anni non ha nessun costo"

Superare nell'anno solare l'importo di 30.000,00 € comporterà il passaggio obbligato dall'anno successivo al regime ordinario. Si è obbligati ad aderire al regime ordinario/semplificato se:

Il fatturato annuale sarà superiore a 30.000,00 €:

- Se si devono assumere collaboratori ai quali si verseranno più di 5.000,00 € di compenso c.d.;
- Se si sarà contemporaneamente socio di società di persone o di capitale.

In un caso o nell'altro, il professionista è tenuto per Legge a versare delle somme annuali a titolo di contribuzione previdenziale e, quindi, sarà tenuto ad essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale Previdenza Assistenza Professionisti) al quale dovrà comunicare entro il 10 Settembre di ogni anno il reddito dichiarato nel proprio modello reddituale UNICO.

Tali contributi si formeranno con le seguenti voci:

- Contributo soggettivo pari al 13% del reddito professionale dichiarato
- Contributo integrativo pari al 4% del volume d'affari (2% se le prestazioni sono effettuate verso la Pubblica Amministrazione)
- Contributo fisso di maternità, annualmente stabilito dallo stesso Ente.

Le rate ENPAPI sono bimestrali e specificatamente da versare entro il giorno 10 dei mesi di Febbraio, Aprile, Giugno, Agosto, Ottobre e Dicembre.

A questo punto è bene fare un esempio pratico per avere una idea delle spese che si dovranno sopportare con un reddito complessivo annuo di € 29.999,00 assoggettati al regime forfettario.

Nel caso dell'infermiere professionista autonomo la percentuale del 22% si calcola sul proprio reddito lordo detratti i costi aziendali: (€ 29.999.000,00 – 22% = € 23.400,00); Tassazione IRPEF del 5% = € 1.170,00; e (approssimativamente) contributi ENPAPI ipotizzati al 17% su € 23.400,00 = € 3.378,00..... (€ 1.170,00 + 3.378,00 = € 4.548,00 pari al 15,16% del percepito).

Ultimo costo da sostenere è quello del commercialista che può variare da un minimo di € 800 a più di € 1.000 annui.

BIBLIOGRAFIA

- McGraw-Hill Education 2009 – Alpha test edition 2016

LA CONTENZIONE IN SPDC

Indicazioni operative

Antonella **PERRUCCI**

L'obiettivo di ridurre la contenzione deve essere perseguito mettendo in atto azioni migliorative e responsabilizzando i diversi livelli coinvolti. Si fa riferimento agli aspetti strutturali, organizzativi e funzionali, alla formazione del personale degli SPDC. In particolari stati clinici occorre considerare la necessità di contenere il paziente: se ciò comporta l'applicazione della contenzione fisica é indispensabile disciplinare tale scelta con l'adozione di strumenti operativi quali protocolli e procedure. Si possono riconoscere dei momenti decisionali multidisciplinari nell'ambito della strategia di contenimento, che precedono la costruzione del protocollo operativo. La decisione della necessità di attuare un contenimento e la scelta di possibili strategie alternative alla contenzione sono:

- Individuazione delle strategie di buona pratica clinica finalizzate alla sua limitazione;
- Addestramento alla relazione, all'individuazione dei sintomi/segnali predittivi;
- Capacità di individuare e adottare approcci e soluzioni utili alla riduzione del livello di aggressività del paziente e/o strategie di convogliamento dell'aggressività in canali alternativi;
- Rispetto degli standard di personale al fine di garantire la presenza di un numero congruo di operatori sanitari in presenza di pazienti complessi;
- Riduzione dei ricoveri impropri;
- Personalizzazione del rapporto terapeutico;
- Evitare l'isolamento e migliorare il comfort ambientale;
- Favorire adeguati livelli di comunicazione nell'equipe curante e un buon clima di lavoro;
- Garantire interventi territoriali precoci e integrati di presa in carico per ridurre il ricorso al ricovero.

La decisione sulle tecniche operative.

Quando si configura uno stato di necessità e in particolari condizioni cliniche o circostanze nelle quali trova indicazione l'intervento di contenzione, il personale coinvolto deve uniformare i comportamenti: ciò è possibile ricorrendo a strumenti di standardizzazione quali protocolli, procedure, linee guida e percorsi clinico assistenziali atti a garantire la qualità delle cure e a ridurre il rischio clinico. Gli strumenti operativi che regolamentano la contenzione devono necessariamente essere condivisi tra medici e infermieri, esplicitare in modo chiaro la definizione degli ambiti di responsabilità e competenza degli operatori sanitari e il contesto di utilizzo e contenere indicazioni prescrittive e di applicazione che limitino il livello di discrezionalità operativa. La prescrizione della contenzione deve trovare motivazione in condizioni assolutamente chiare, definite e limitate al loro verificarsi. La contenzione non può essere in nessun modo atto repressivo o punitivo né essere adottata per sopperire a ca-

»

renze strutturali, organizzative o gestionali. Limitando la discrezionalità al suo ricorso, ne deriva che la contenzione trova applicazione quando sussista un rischio imminente di danni alle persona o a terzi con dimostrata inefficacia e/o comprovato fallimento di altri strumenti di gestione del discontrollo comportamentale, quali: colloquio, tecniche di de-escalation dell'aggressività, terapia farmacologica, accorgimenti di modificazione ambientale. Può essere effettuata, inoltre, qualora si ravvisino condizioni eccezionali di necessità e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave e non altrimenti evitabile. All'interno del documento dovrà essere data opportuna informazione delle complicanze derivanti dalla contenzione: lesioni da compressione, arrossamento, cianosi, abrasioni, ematomi, incontinenza, trombosi venosa profonda, diminuzione della massa e della forza muscolare, lesioni a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, lesioni a carico del SNP, lesioni vascolari e problemi cardiocircolatori, problemi respiratori e rischi di asfissia da compressione della gabbia toracica, strangolamento, infezioni, compromissione dell'alleanza terapeutica e della relazione.

Risorse materiali di contenzione fisica.

- I presidi utilizzati devono avere le caratteristiche previste dalla normativa vigente in materia di sicurezza e devono comunque pervenire al servizio tramite i canali di approvvigionamento aziendale (farmacia, economato...);
- E' necessario indicare il luogo dove viene conservato il materiale utilizzato per la contenzione e prevedere un controllo periodico (almeno mensile) quali-quantitativo dello stesso;
- Specificare se per il tipo di contenzione è prevista una stanza dedicata o una specifica condizione logistica.

Risorse umane.

- E' necessario definire il numero e la tipologia di operatori sanitari che devono intervenire nella pratica della contenzione (sia per la manovra di contenzione che per l'assistenza e vigilanza del paziente contenuto);
- La condizione clinica ed il livello di reattività del paziente sono variabili determinanti per la scelta del numero e tipologia di operatori sanitari da impiegare. Indicare se vi sono in atto forme di collaborazione con altre U.O e la modalità di attivazione delle stesse. Il personale di assistenza, durante il periodo formativo previsto dalle norme per l'accreditamento, svolge formazione specifica all'uso di tecniche di de-escalation e contenimento psicologico dell'aggressività.

La contenzione trova applicazione limitatamente al tempo necessario per la risoluzione delle condizioni che l'hanno motivata. L'atto prescrittivo, su modulo specifico o nel diario clinico, ha validità di 12 ore dopo le quali deve essere riconfermato. L'atto deve registrare i tempi di durata in termini di ora di inizio, ora di fine, tempistica dei controlli. La pianificazione dei controlli deve prevedere l'intervento di tutti gli operatori sanitari, ciascuno per il livello di responsabilità specifico. Le rilevazioni effettuate durante i controlli del paziente contenuto devono trovare riscontro nella documentazione clinica preferibilmente costituita da modulistica dedicata per il monitoraggio. Sulla base della corretta pratica clinica si indicano, di seguito, i termini minimi previsti per i controlli (salvo diversa prescrizione dovuta a particolari condizioni psico-fisiche e cliniche):

Ogni 15 minuti: Aspetto obbiettivo, respiro, posizione delle fasce, stato delle estremità, sensibilità delle estremità legate, sudorazione, comfort, dolore;

Ogni 2 ore: Oltre a tutto quanto sopra rilevazione parametri (P.A. - F.C. - T.°C - F.R), idratazione ed alimentazione, funzioni di eliminazione, valutazione del comportamento e della relazione, motilità delle estremità legate;

Ogni 4 ore: Oltre a tutto quanto sopra Valutazione da parte del medico delle condizioni cliniche.

Ogni azione implicata nella pratica della contenzione deve trovare riscontro nella documentazione clinica del paziente. Sono parte integrante della documentazione: il protocollo, il registro delle contenzioni, il modulo prescrittivo, la scheda di monitoraggio.

BIBLIOGRAFIA

- Caplan G. (1961), An Approach to Community Mental Health. New York: Basic Books

SCUOLE SICURE 2.0

Un progetto dal web alla TV

Vincenzo **MALDERA**

Paolo **BARILE**

Gli infermieri dell'ordine della BAT, a beneficio di tutti i cittadini, hanno portato sugli schermi televisivi il progetto "Scuole Sicure". Dopo il grande successo conseguito sul territorio provinciale che ha visto l'impegno dei professionisti infermieri presso le scuole su come avviare le manovre di disostruzione da corpo estraneo nel lattante e nel bambino, il progetto sbarca in televisione.

"Al centro della comunicazione - parlano gli infermieri della sesta provincia pugliese - c'è il bisogno di far arrivare un messaggio di educazione e prevenzione rivolto a genitori, insegnanti e tutti coloro che hanno a che fare quotidianamente con i bimbi, non solo attraverso la carta stampata ma anche tramite altri canali come web e tv". La prova è stata superata con grandissimo successo con il progetto "Scuole Sicure 2.0" approdato negli studi televisivi di Teleregione, sul canale 14 del digitale terrestre, all'interno del programma "Casa Serena" trasmesso su tutto il territorio pugliese, dallo scorso 23 novembre per quattro giovedì consecutivi alle ore 13:00. Nelle quattro puntate la conduttrice Serena Sguera, con molta enfasi ed orgoglio, ha seguito ed eseguito in prima persona tutte le fasi che gli infermieri hanno illustrato con semplicità e professionalità allo stesso tempo, incluse tutte le informazioni su "cosa fare", "cosa non fare" e "come fare" per gestire al meglio situazioni impreviste di emergenza-urgenza tempo dipendenti. "All'interno di un panorama mediatico e televisivo incredibilmente ricco di contenuti tecnico-scientifici di alto livello - continua il presidente dell'Ordine della sesta provincia pugliese Giuseppe Papagni - gli infermieri hanno dimostrato grandissima professionalità e competenza avviando a pieni voti una comunicazione efficace ed efficiente sia nel mondo del web che televisivo". Infermieri promossi a pieni voti dai cittadini pugliesi. Per rivedere tutte le puntate in differita, è possibile visitare la pagina Facebook oppure il canale YouTube dell'OPI BAT.

PEER EDUCATION E SIMULAZIONE DI CASI CLINICI

Strategie di promozione della collaborazione interprofessionale in ambito universitario

Gabriele **SCHIRANO**

In ambiente sanitario operano diverse figure professionali, il quale obiettivo comune è, naturalmente, l'assistenza e la cura del paziente. La collaborazione tra esse è, pertanto, una strategia di fattibile praticabilità in ambito intra ed extra-ospedaliero, oltre che di appurata efficacia. Se da un lato è evidente l'effetto positivo che un approccio interprofessionale ottimale può portare al paziente e allo staff, dall'altro, è impossibile non affermare come, in alcune realtà ospedaliere, è difficile impostare un tipo di collaborazione che permetta ad ognuno di sentirsi parte integrante di un sistema ben oleato di ingranaggi che si incastrano perfettamente. Nel 2015 il SISM (Segretariato Italiano Studenti Medicina) attiva in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, un progetto di peer- education dal nome: Famulus Nursing. L'obiettivo del progetto è promuovere una reciproca conoscenza tra medici e infermieri, stimolando, allo stesso tempo, la capacità di lavoro in team e lo sviluppo di abilità pratiche difficilmente coltivabili nei tirocini curricolari. Nel 2016, il SISM, avvia un corso analogo in collaborazione con l'Università del Piemonte Orientale.

La formazione interprofessionale, attuata con questa metodologia, tuttavia, non nasce in Italia. Studi analoghi a questi ultimi, infatti, sono stati condotti in Texas, nel 2006, e in Libano nel 2011. Lo studio vuole dimostrare l'importanza che c'è nel favorire e potenziare la collaborazione tra medico e infermiere già dall'esperienza di formazione universitaria, preparando corsi analoghi a quelli già presenti in altre realtà universitarie nazionali ed internazionali. Il fine primario sarà quello di permettere agli studenti partecipanti di riconoscere le professionalità delle due figure sanitarie e promuovere lo scambio di conoscenze ed esperienze al fine di rendere l'assistenza alla persona la più sicura possibile. L'indagine preliminare, di cui si tratterà in seguito, è stata effettuata all'interno delle aule dell'Università degli Studi di Bari, Facoltà di Medicina e Chirurgia, CdL in Medicina e Chirurgia tra gli studenti iscritti al 2°anno. Il metodo di raccolta dei dati relativi all'indagine che in questo caso è stato utilizzato è l'intervista. Entrando nel particolare, la suddetta intervista è stata supportata da strumenti di raccolta di dati quali due questionari che sono stati somministrati distintamente agli studenti del CdL in Medicina e Chirurgia, frequentanti il 2° anno e agli studenti del CdL in Infermieristica frequentanti il 3° anno nel polo formativo Di Venere. Successivamente è stato predisposto un mini-corso tenuto da studenti del Cdl in Infermieristica iscritti al terzo anno, che hanno illustrato agli studenti del CdL in Medicina e Chirurgia tecniche di pratica clinica di base, attraverso una lezione frontale e simulazioni di casi clinici che vedevano medici e in-

fermieri come figure preponderanti e collaboranti. Contestualmente al corso è stato somministrato un questionario che andava a valutare il raggiungimento degli obiettivi dello studio.
Dalla valutazione dell'indagine preliminare effettuata mediante un questionario somministrato agli studenti è possibile affermare che il tema della collaborazione e del lavoro in equipe era maggiormente sentito tra gli studenti del corso di laurea in Infermieristica, mentre ciò non accadeva per la maggior parte degli studenti appartenenti al CdL in Medicina e Chirurgia. È stato ipotizzato, pertanto, che questo diverso outcome possa provenire da un diverso approccio alla pratica clinica che, nei corsi di laurea in Infermieristica, viene enfatizzato e supportato da tirocini formativi più corposi e partecipati. Il mini-corso di peer education e simulazione di casi clinici, tenutosi in data 26/9/2017, ha visto la partecipazione di 61 studenti, che corrispondono al 67% degli intervistati. I relatori del corso hanno dato un giudizio informale basato su tre criteri (livello di attenzione, partecipazione e comprensione degli argomenti trattati).
Tale valutazione informale è stata espressa mediante un punteggio che va da 1 a 60. I relatori hanno attribuito agli studenti un punteggio di 52.
Per quanto riguarda l'ultima fase dell'indagine, che si è preoccupata di valutare i risultati ottenuti dal mini-corso, ad una prima analisi è possibile affermare che gli studenti hanno superato brillantemente la prima parte del questionario, dimostrando un livello di attenzione e apprendimento piuttosto elevati. Ancora più interessanti, invece, sono i risultati che sono emersi dalla valutazione della seconda parte del questionario, la sezione: Gradimento. Su 61 partecipanti, ben 49 (80%) hanno riferito che il suddetto corso ha fornito loro conoscenze teoriche riguardanti tecniche di pratica clinica di base, competenze pratiche che riguardano le azioni simulate durante il corso e conoscenze nuove che riguardano il lavoro in una equipe multiprofessionale. Il 100% di essi ritiene, quindi, che sia la simulazione che la peer-education siano una strategia valida al fine di promuovere il concetto di lavoro in equipe multiprofessionali e che questo tipo di formazione sia utile ai fini del percorso di studi e di una futura attività professionale. I risultati dello studio hanno confermato in parte quella che era l'ipotesi iniziale, ovvero la diversa concezione di lavoro in equipe multiprofessionale riscontrabile tra due professioni diverse, ma che lavorano all'interno dello stesso ambito, data da un diverso approccio alla pratica clinica. Uno dei limiti dello studio, soprattutto se rapportato ai progetti che sono nati nelle Università di Bologna e del Piemonte Orientale, è sicuramente la portata della sperimentazione.
Chiaramente, la spiegazione a questa discrepanza, come ribadito, può essere riscontrata nella partecipazione di Enti quali le stesse Università e il SISM. Al fine di sopperire all'handicap di partenza e nel tentativo di emulazione di studi maggiori, si è reso necessario un corso di peer-education e simulazione di casi clinici tenuto da studenti del terzo anno iscritti al CdL in Infermieristica che ha portato alla scoperta di quello che è il punto di forza dello studio che si sta proponendo: l'elevata preparazione tecnica/teorica degli studenti di Infermieristica oltre che il loro validissimo bagaglio esperienziale che hanno permesso un'indagine di elevata qualità. La proposta operativa presente nello studio è quella di riprodurre e magari estendere l'esperienza ad anni successivi al 2° anno di medicina. Tuttavia, per farlo, occorrerà la partecipazione di enti universitari, anche di derivazione studentesca, che facciano da mediatori con le autorità universitarie con lo scopo di formalizzare il corso e rendere quindi ufficiale l'evento aumentandone, se possibile, la portata.

LA PUA LUOGO DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

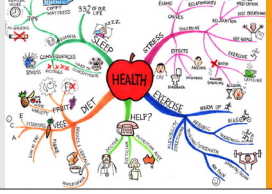
Anna Maria **SBLANO**

Marika **NIGRO**

L'aumento delle malattie croniche e degenerative, la frammentazione dei servizi e la complessità dei bisogni di cura rendono indispensabile, non solo la riorganizzazione dell'offerta dei servizi, ma anche la strutturazione di un modello organizzativo del sistema di accesso, che integri le diverse tipologie di servizi sociali e sanitari. La complessità dei bisogni, che esigono molteplici risposte, rendono imprescindibile lo sviluppo di un sistema di ingresso ai servizi, che sia lineare e che permetta al cittadino/utente di ricevere soluzioni articolate da un unico punto di accesso. La nostra società, in questi ultimi anni, si è orientata di conseguenza verso un tipo di assistenza che esplica la sua funzione, quando possibile, al di fuori dell'ospedale, portando i professionisti e la maggior parte delle prestazioni erogate al domicilio della persona. L'obiettivo dell'assistenza sanitaria territoriale diventa, allora, quello di promuovere la salute mediante attività di educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione. Lo strumento operativo per soluzioni maggiormente integrate e che rappresenta per il cittadino un luogo privilegiato di informazione e orientamento verso i servizi socio-sanitari, è La Porta Unica d'Accesso (P.U.A.), che fornisce risposte immediate ai bisogni semplici e attiva servizi di valutazione competenti (UVM Unita di Valutazione Multidimensionali) per i bisogni di natura complessa. La PUA è un modello organizzativo, prioritariamente rivolto alle persone con problemi di salute e con difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza. È costruita sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico integrata e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono sottostare.

La PUA come luogo dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale, richiede il raccordo e la mediazione tra diversi servizi, che hanno il compito di superare l'eccessiva burocrazia e parcellizzazione del sistema a vantaggio dell'utente.

All'interno della PUA un ruolo determinante è ricoperto dall'Assistente Sanitario quale figura professionale diretta a garantire i servizi di prevenzione e di promozione della salute e di educazione sanitaria, così come definito dal profilo professionale (D.M. n. 69 del 1997), che specifica le competenze professionali dell'assistente sanitario, indispensabili in un contesto multidisciplinare come quello della P.U.A. L'Assistente Sanitario può, in un servizio come la PUA, rico-



prire diverse responsabilità ed espletare diverse funzioni. L'accoglienza, l'informazione e l'orientamento/accompagnamento rientrano nelle sue competenze. Egli, attraverso il colloquio, accoglie l'utenza, ascolta attivamente, al fine di rilevare i reali bisogni dell'utente, lo informa ed orienta riguardo alle opportunità, alle risorse, alle prestazioni e alle possibili agevolazioni, utili a soddisfare tali bisogni, nonché sul sistema dei servizi esistenti ed eventualmente accessibili. Egli supporta l'assistito nella risoluzione di problemi semplici, con l'erogazione immediata, o comunque tempestiva, di servizi, come l'accesso a prestazioni assistenziali o la semplice compilazione e presentazione di una modulistica; oppure di situazioni più complesse, che richiedono l'attivazione dell'UVM e l'avvio del processo di presa in carico. In questo caso l'assistente sanitario gestisce l'agenda degli appuntamenti, concordando con i vari specialisti coinvolti, la data per l'U.V.M., utilizza diversi strumenti di valutazione, come la scheda S.VA.M.A. / S.VA.M.DI., al fine di definire l'appropriatezza del setting assistenziale, contribuisce ad elaborare un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che sarà condiviso con la famiglia e/o con il caregiver e mantiene, successivamente, i contatti con le strutture e/o i servizi individuati.

All'Assistente Sanitario spetta, infine, il compito di assicurare il coordinamento tra i vari Servizi e la famiglia, per eventuali problematiche.

All'Osservatorio fa capo l'attività di monitoraggio sull'attività svolta, attraverso la raccolta e l'analisi di dati sulla domanda e sull'offerta dei servizi (mappatura), al fine di migliorare la qualità del servizio erogato, tenendo conto anche di reclami e suggerimenti dell'utenza. L'assistente sanitario è la figura professionale addetta alla raccolta e all'inserimento dei dati, relativi anche ai flussi ministeriali.

Nella Regione Puglia il Regolamento Regionale n. 4 del 2007, attuativo della Legge Regionale n. 19/2006, "disciplina il sistema integrato dei servizi sociali per la dignità ed il benessere delle donne e degli uomini di Puglia" ; mentre l'articolo 3 del Regolamento Regionale prevede che "l'accesso al sistema integrato dei servizi è garantito dalla Porta Unica di Accesso attivate nell'Ambito, in accordo con le ASL". Nell'ambito, infatti, dell'organizzazione del Distretto della ASL BA, la PUA va ad integrarsi con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi sanitari attualmente esistenti, come Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera scelta (PLS), punti di accesso del Distretto e delle altre strutture sanitarie dipartimentali del territorio (CSM, SERT…). La gestione della PUA è integrata, in quanto sia il Distretto Socio Sanitario che il Comune e/o l'Ambito Territoriale, partecipano con pari dignità e responsabilità alla presa in carico del bisogno di salute e sociale del cittadino. Di norma la sede istituzionale della Porta Unica d'Accesso è individuata preferibilmente presso la sede legale del Distretto, che spesso corrisponde al Comune Capofila dell'Ambito territoriale. Nell'esperienza del Distretto Socio Sanitario n. 5 della ASL BA, comprendente i comuni di Grumo Appula (Comune Capo Fila), Sannicandro, Acquaviva delle Fonti, Cassano delle Murge e Toritto, la Porta Unica d'Accesso è stata istituita nel 2012 e costituisce un servizio in continua evoluzione che si adatta alle esigenze degli utenti.

Dall'anno 2012 all'anno 2016 (periodo di valutazione esperienziale), considerata la popolazione complessiva di 66.979 persone (dati ISTAT 1 Gennaio 2016), il numero di richieste, mostra un trend in aumento delle richieste effettuate presso il servizio.

Esso è spiegabile con la divulgazione di una maggiore informazione sulle prestazioni erogabili e con un aumento dell'accesso da parte della popolazione ad un sistema di rete, organizzato tra i servizi sociali e sanitari, impegnati nell'individuazione del più appropriato "setting assistenziale" per ciascun utente.

Tale integrazione socio – sanitaria è uno strumento insindacabile per una presa in carico integrata dell'utente e per rispondere in modo appropriato ai bisogni espressi che, altrimenti, non potrebbero essere adeguatamente affrontati e risolti. L'assistente sanitario rappresenta, in questo sistema, attraverso diversi strumenti operativi, quali il colloquio, utile alla rilevazione dei bisogni, la visita domiciliare, finalizzata alla rilevazione del reale bisogno socio - sanitario ed economico, la capacità di lavorare in equipe e di dialogare, con altri professionisti e istituzioni, una delle figure professionali d'elezione del servizio PUA – UVM.

PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In terapia intensiva

Vanessa **MANGHISI**

I dati relativi alle infezioni correlate all'assistenza nelle unità operative di terapia intensiva hanno un'importanza rilevante nell'erogazione di un'assistenza di qualità, considerando che i sistemi sanitari si confrontano da tempo su queste problematiche, che comprendono non solo la dimensione clinica, ma anche quella organizzativa, economica, gestionale, etica e giuridica.

È indispensabile, quindi, rafforzare le competenze dei professionisti per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure, a tal fine la formazione si configura come strumento indispensabile. Il rischio infettivo, ovvero il rischio per i pazienti e gli operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale in ambito lavorativo, occupa un posto particolare per le dimensioni del rischio, della complessità e del trend epidemiologico in costante aumento.

In Europa, ormai da diversi anni le infezioni correlate all'assistenza sono incluse fra le malattie per le quali sono stati istituiti sistemi di sorveglianza specifici al fine di garantire la sicurezza dei cittadini (Decisione N. 2119/98/EC). È stato stimato che negli stati europei ogni anno oltre 4 milioni di pazienti acquisiscono una infezione correlata all'assistenza (ICA) e che queste provocano circa 37.000 morti. Nel mondo, almeno 1 paziente su 4, ricoverato in Terapia intensiva acquisisce un'infezione durante il periodo di ricovero.

Studi dimostrano che i pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva hanno un rischio di contrarre una o più infezioni correlate all'assistenza da 5 a 10 volte superiore rispetto ai pazienti ricoverati in altri reparti ospedalieri, sia per fattori di rischio intrinseci (ad esempio immunodepressione), che estrinseci (ad esempio per esposizione a procedure invasive). Altri fattori di rischio associati alle infezioni nosocomiali in UTI sono oltre alla severità delle patologie, il prolungato ricovero in tali reparti, l'età dei pazienti >60 anni, le procedure diagnostiche e terapeutiche come la nutrizione parenterale e la prolungata terapia antibiotica, i numerosi dispositivi medici (cateteri vascolari, tracheotomia, ventilazione artificiale, ecc.) di cui i pazienti necessitano, la prolungata esposizione a farmaci antimicrobici, la postura, i frequenti accessi assistenziali degli operatori sanitari. Le superfici, intese come piani di lavoro, sono un altro importante veicolo di trasmissione crociata di microrganismi patogeni a persone e oggetti.

Numerosi studi hanno, dimostrato la riduzione della frequenza di infezioni dopo l'attivazione di sistemi di sorveglianza delle infezioni, unitamente a interventi mirati a migliorare le misure di controllo da adottare. Si evidenzia che il trend epidemiologico delle ICA è in aumento per diversi fattori: un aumento della proporzione di pazienti

immunocompromessi o comunque fragili, l'accentuata complessità assistenziale, l'aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici, per effetto della pressione antibiotica e della trasmissione di microrganismi in ambito assistenziale, gli spostamenti frequenti dei pazienti nella rete dei servizi.
Questa tipologia di infezioni, sono causa di aggravamento della patologia di base, prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, e morti evitabili; comportano costi elevati per i pazienti e per le loro famiglie, e aggravano anche il carico economico per i sistemi sanitari. Ciò detto si evidenzia l'importanza di controllare le infezioni nei pazienti ricoverati in UTI perché si tratta della complicanza più frequente e l'insorgenza di un'infezione, soprattutto sistemica, è spesso associata alla morte del paziente.
Il 20-30% delle ICA sono considerate prevenibili adottando adeguate pratiche di igiene e programmi di controllo specifici.
È fondamentale sottolineare che non tutte le ICA sono prevenibili, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore modificabile in quanto i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente e l'insorgenza dell'infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite.
Studi recenti hanno però addirittura ipotizzato la necessità di considerare ogni singola infezione come un evento avverso non più tollerabile e di mettere in atto misure per la prevenzione di tutte le infezioni (la cosiddetta "zero tolerance"). I fattori determinanti le infezioni correlate all'assistenza sono numerosi quelli modificabili sono: pratiche assistenziali non corrispondenti a quelle dimostrate efficaci a ridurre il rischio di infezione, in particolare nell'applicazione delle precauzioni standard e delle precauzioni aggiuntive; carenze di risorse (carenze di risorse umane, un basso rapporto pazienti/personale è stato associato ad un aumento del rischio di infezioni o carenze di risorse tecnologiche); carenze della struttura ospedaliera o impiantistiche.
Le azioni da mettere in atto per la gestione del rischio infettivo sono la sorveglianza che rappresenta uno degli elementi caratterizzanti della lotta alle infezioni in generale e quindi anche delle infezioni correlate all'assistenza.
A tal fine è fondamentale la costruzione di sistemi informativi innovativi, come avvenuto in alcune regioni, che rappresentino la base di dati per poter indirizzare gli interventi. Fondamentale sarebbe la possibilità di disporre di un sistema di segnalazione rapida di eventi che richiedono interventi tempestivi, quali particolari eventi sentinella o il verificarsi di eventi epidemici. Con l'individuazione tempestiva di tali eventi e l'indagine epidemiologica per identificare le cause, si potrebbero prevenire ulteriori casi secondari e "imparare dall'errore". Inoltre, si potrebbe prevedere anche la sorveglianza dell'antibioticoresistenza, e mirare gli interventi correttivi. L'aumento delle infezioni antibiotico resistenti ha indotto l'Organizzazione Mondiale della Sanità a formulare il programma "Antimicrobialresistance: no actiontoday, no curetomorrow" per la lotta contro la resistenza antimicrobica, quale challenge per la sicurezza dei pazienti 2011.
Diventa, quindi, imprescindibile il trasferimento nella pratica di misure assistenziali efficaci a ridurre il rischio infettivo con interventi specifici in UTI, intervenendo ad esempio, per la prevenzione della polmonite associata alla ventilazione assistita (VAP), per la prevenzione della batteriemia (BSI) da catetere venoso centrale (CVC), per l'infezione del tratto urinario associata a catetere (CAUTI). Altre misure, sono quelle di igiene generale: l'igiene delle mani degli operatori sanitari, l'igiene personale dei pazienti, la vestizione dei visitatori e degli operatori sanitari per l'accesso in UTI, la pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili, la pulizia e disinfezione dell'ambiente e delle superfici di lavoro.
Le misure da mettere in atto, al fine di prevenire e controllare la trasmissione delle infezioni, sono le precauzioni standard e le precauzioni aggiuntive; queste raccomandazioni, elaborate dall'Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) e dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta, sono un punto di riferimento internazionale.
Le precauzioni standard sono misure da »

adottare nell'assistenza di tutti i pazienti nei vari setting di cura, indipendentemente dal sospetto o dall'accertata presenza di un agente infettivo. Includono misure generali di controllo delle infezioni (igiene delle mani, pulizia e disinfezione ambientale, ecc.) e l'uso di dispositivi di protezione individuale (DPI) raccomandati al personale sanitario durante l'espletamento delle prestazioni assistenziali per tutti i pazienti che devono sempre essere considerati potenzialmente infetti.
Inoltre, le precauzioni standard devono essere adottate in tutte le manovre per le quali è possibile o probabile un contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni (eccetto il sudore) indipendentemente dal fatto che contengano sangue in modo visibile, cute non integra o membrane mucose. Sottolineano anche l'importanza di dare una corretta collocazione del paziente, l'applicazione delle procedure di sanificazione ambientale, la gestione dei dispositivi medici, la gestione della biancheria e delle stoviglie, il trattamento secondo normativa dei rifiuti.
Le precauzioni aggiuntive sono invece rivolte ai pazienti portatori (noti o sospetti) di un microrganismo potenzialmente responsabile di una malattia infettivo-contagiosa. Si suddividono in base alle modalità di trasmissione in precauzioni da contatto, precauzioni per droplet, precauzioni per via aerea. Le precauzioni aggiuntive devono essere adottate sia singolarmente che in associazione, e comunque sempre in aggiunta alle precauzioni standard; la finalità della loro applicazione è quella di proteggere pazienti, operatori e visitatori dalla contaminazione con microrganismi potenzialmente infettivi.
In alcune regioni italiane e in Europa sono stati attivati sistemi di sorveglianza attivi e continuativi nelle aree più a rischio, quali i Reparti chirurgici e le unità di terapia intensiva. I dati che vengono raccolti sono inviati periodicamente all'European Center for Disease Control, che ogni anno pubblica i risultati di questa sorveglianza sul proprio sito. Ci sono programmi regionali, che stanno sperimentando modalità di trasferimento nella pratica di misure efficaci a contenere il rischio di ICA. Non è sufficiente cercare di garantire che tutte le Aziende rispettino alcuni standard strutturali oppure definire linee guida evidence-based, ma, diventa indispensabile individuare modi innovativi (organizzativi, culturali, ecc.) che consentano l'adesione piena degli operatori a misure "sicure" nell'assistenza di ciascun paziente rafforzandone le competenze attraverso la formazione.

BIBLIOGRAFIA

- CDC. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. 2008.
- Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
- CCM. I siti del network: Infezioni correlate all'assistenza. http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm.htm
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna. Sito "Accreditamento istituzionale": http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/index.htm.
- Moro ML, Marchi M, Buttazzi R, Nascetti S. PROGETTO INF-OSS. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e sulle attività di pulizia e sanificazione negli ospedali. http://asr.regione.emiliaromagna. it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm/4-dati_epidem/indagini/ind_nazionale/indagine_nazionale.pdf.
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna. Area Rischio Infettivo. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo.htm.
- www.cdc.gov
- www.who.int
- www.nice.org.uk
- www.ccm-network.it

IL NUOVO REGOLAMENTO EUROPEO SUI DPI

Focus sulle novità e criticità

Michele **FIGHERA**

Vincenzo **INGLESE**

Il 31/3/2016 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della UE il nuovo Regolamento 2016/425 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 09/03/2016 sui dispositivi di protezione individuale e che abroga la Direttiva 89/686/CEE del 21/12/1989, direttiva concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati Membri relative ai dispositivi di protezione individuale.

Vengono definiti i requisiti per la progettazione e la fabbricazione dei dispositivi di protezione individuale nel mercato UE, con l'obiettivo di garantire la protezione della salute e la sicurezza degli utilizzatori. I DPI dovranno essere ergonomici, cioè progettati e fabbricati in maniera tale che, nelle condizioni prevedibili di impiego cui sono destinati, l'utilizzatore possa svolgere normalmente l'attività che lo espone a rischi, disponendo al tempo stesso di una protezione appropriata del miglior livello possibile. Il "Regolamento" è una forma che rende le "regole" obbligatorie per tutti gli Stati membri dell'Unione Europea senza necessità di un recepimento. Infatti, l'ambito di applicazione, i requisiti essenziali di salute e di sicurezza e le procedure di valutazione della conformità "devono essere identici in tutti gli Stati membri" perciò è stato opportuno "sostituire la direttiva 89/686/CEE con un regolamento, che è lo strumento giuridico adeguato per imporre norme chiare e dettagliate, che non lascino spazio a differenze di recepimento da parte degli Stati membri". Il nuovo Regolamento consta di 48 articoli e 10 allegati volti a definire tutti i requisiti inderogabili ed essenziali di salute e di sicurezza per i DPI conformi: il Regolamento si applica a tutti i dispositivi di protezione individuale, con l'eccezione di quelli progettati per le forze armate, per l'autodifesa e per l'uso privato. Il Nuovo Regolamento sui DPI stabilisce requisiti per la progettazione e la fabbricazione dei Dispositivi di Protezione Individuale che devono essere messi a disposizione sul mercato, al fine di garantire la protezione della salute e della sicurezza degli utilizzatori, e stabilisce norme sulla libera circolazione dei DPI nell'Unione. Il regolamento si applica ai Dispositivi di Protezione Individuale così definiti (art. 3):

- Dispositivi progettati e fabbricati per essere indossati o tenuti da una persona per proteggersi da uno o più rischi per la sua salute o sicurezza;
- Componenti intercambiabili dei dispositivi di cui alla lettera a), essenziali per la loro funzione protettiva.

»

- Sistemi di collegamento per i dispositivi di cui alla lettera a) che non sono tenuti o indossati da una persona, che sono progettati per collegare tali dispositivi a un dispositivo esterno o a un punto di ancoraggio sicuro, che non sono progettati per essere collegati in modo fisso e che non richiedono fissaggio prima dell'uso".

Il regolamento non si applica ai DPI:

1. Progettati specificamente per essere usati dalle forze armate o nel mantenimento dell'ordine pubblico;
2. Progettati per essere utilizzati per l'autodifesa, ad eccezione dei DPI destinati ad attività sportive;
3. Progettati per l'uso privato per proteggersi da condizioni atmosferiche non estreme; umidità e acqua durante la rigovernatura;
4. Da utilizzare esclusivamente su navi marittime o aeromobili oggetto dei pertinenti trattati internazionali applicabili negli Stati membri;
5. Per la protezione della testa, del viso o degli occhi degli utilizzatori, oggetto del regolamento n. 22 della Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite concernente prescrizioni uniformi relative all'omologazione dei caschi e delle relative visiere per conducenti e passeggeri di motocicli e ciclomotori.

Il Regolamento (UE) 2016/425 suddivide i DPI in 3 categorie:

Categoria I. La categoria I comprende esclusivamente i seguenti rischi minimi:

a) lesioni meccaniche superficiali; b) contatto con prodotti per la pulizia poco aggressivi o contatto prolungato con l'acqua; c) contatto con superfici calde che non superino i 50 °C; d) lesioni oculari dovute all'esposizione alla luce del sole (diverse dalle lesioni dovute all'osservazione del sole); e) condizioni atmosferiche di natura non estrema.

Categoria II. La categoria II comprende i rischi diversi da quelli elencati nelle categorie I e III.

Categoria III. La categoria III comprende esclusivamente i rischi che possono causare conseguenze molto gravi quali morte o danni alla salute irreversibili con riguardo a sostanze e miscele pericolose per la salute; b) atmosfere con carenza di ossigeno; c) agenti biologici nocivi; d) radiazioni ionizzanti; e) ambienti ad alta temperatura aventi effetti comparabili a quelli di una temperatura dell'aria di almeno 100 °C; f) ambienti a bassa temperatura aventi effetti comparabili a quelli di una temperatura dell'aria di – 50 °C o inferiore; g) cadute dall'alto; h) scosse elettriche e lavoro sotto tensione; i) annegamento; j) tagli da seghe a catena portatili; k) getti ad alta pressione; l) ferite da proiettile o da coltello; m) rumore nocivo. Per quanto concerne la marcatura CE, essa deve essere apposta sul DPI in modo visibile, leggibile e indelebile; qualora ciò non fosse possibile, o ritenuto ingiustificato a causa della natura del DPI, la marcatura CE è apposta sull'imballaggio o sui documenti di accompagnamento del DPI. Per quanto riguarda i DPI prodotti fuori dalla Comunità Europea, gli importatori sono tenuti ad immettere solo DPI conformi al Regolamento (UE) 2016/425 e ad assicurare che il fabbricante abbia redatto la documentazione tecnica, che il DPI rechi la marcatura CE. Il Regolamento DPI è entrato in vigore il 20/04/2016 e si applica a decorrere dal 21/04/2018 (è a decorrere da questa data che è abrogata la Direttiva 89/686/CEE), ad eccezione:

a) degli articoli da 20 a 36 e dell'articolo 44, che si applicano a decorrere dal 21 ottobre 2016;
b) dell'articolo 45, paragrafo 1, che si applica a decorrere dal 21 marzo 2018.

Quello della normazione tecnica è un ruolo fondamentale per regolare lo sviluppo del contesto produttivo, in maniera rispettosa dei criteri di sicurezza sociale in generale e di salute e sicurezza sul lavoro nello specifico. Sul mercato esiste una grande varietà di prodotti, spesso anche simili, ma differenti per produzione e per qualità del processo di fabbricazione. La grande novità è che il Regolamento deve essere recepito così com'è, senza interpretazioni o modifiche a livello nazionale.

Siamo sicuri che la sicurezza dei DPI è stata rinforzata a livello europeo in quanto ha responsabilizzato tutti gli operatori.

BIBLIOGRAFIA

- Regolamento (UE) 2016/425 del Parlamento europeo

VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Dalla prevenzione alla gestione dei casi di violenza

Liana Libera **DIANA***

Gianna **PALMISANO**

"La violenza è l'ultimo rifugio degli incapaci" *Isaac Asimov.* La violenza nei luoghi di lavoro è ormai universalmente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica nel mondo (OMS 2002).

L'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul lavoro, definisce la violenza nei luoghi di lavoro come qualsivoglia atto in cui si possono riscontrare insulti, minacce o forme di aggressioni fisiche o psicologiche praticate sul lavoro, da soggetti esterni all'organizzazione ma anche interni a quest'ultima, in grado di mettere in pericolo la salute, la sicurezza o il benessere psicofisico della persona, comprende minacce e abusi verbali nonchè aggressioni fisiche e perfino omicidi (Eu-Osha, "Violenza e molestie sul luogo di lavoro: un quadro europeo", 2011).

L'indagine condotta dall'ISTAT su "Il disagio nelle relazioni lavorative" riporta che in Italia il 16,5% dei lavoratori è stato minacciato sul posto di lavoro, mentre il 7,2 % ha effettivamente subito violenze nel corso della propria carriera e che le donne sono le vittime più esposte, il 9.9% (ISTAT, Il disagio nelle relazioni lavorative. Anni 2008-2009).

Il lavoratore può subire diverse forme di violenza: *discriminazione diretta* (Art. 25 - D. Lgs 198/2006): è la situazione nella quale una persona è trattata, in base al sesso, meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata un'altra in una situazione analoga; *discriminazione indiretta*: è la situazione nella quale una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri possono mettere in una situazione di particolare svantaggio le persone di un determinato sesso rispetto a persone dell'altro, a meno che tale disposizione, criterio o prassi siano oggettivamente giustificati da una finalità legittima e i mezzi impiegati per il conseguimento della finalità stessa siano appropriati e necessari; il demansionamento e la dequalificazione, rispettivamente l'affidamento di mansioni inferiori a quelle stabilite e di compiti che ne degradano la professionalità, l'esclusione da corsi di formazione ed aggiornamento, l'isolamento in locali disagiati, attacchi diretti o indiretti alla reputazione, sino ad arrivare, nei casi maggiormente gravi, a veri e propri reati penali. Le molestie e la violenza possono essere perpetrate da uno o più superiori, da lavoratori e lavoratrici, con lo scopo di violare la dignità della persona, di nuocere alla salute e/o di creare un ambiente di lavoro ostile. Le forme di violenza psicologica note sono il mobbing, lo straining il bossing, lo »

stalking e la sindrome del burnout.
Il mobbing (to mob = assalire tumultuosamente) consiste nella persecuzione sistematica e prolungata della vittima, allo scopo di destabilizzarla; sulla stessa linea troviamo lo straining che si differenzia dal mobbing per l'assenza di continuità nell'azione vessatoria. Il bossing è messo in atto dalle alte sfere dirigenziali e nello stalking vi è un morboso interesse nei confronti della vittima designata. Infine, nella sindrome del Burnout (dall'inglese surriscaldarsi), il lavoratore, in un contesto estremamente stressante, si logora fisicamente e psicologicamente andando incontro a vissuti di demotivazione, di delusione e disinteresse che possono produrre gravi conseguenze nella realtà lavorativa. Nell'ambiente lavorativo sanitario si è constatato che le aggressioni subite da parte dei dipendenti sono attribuibili, nella maggior parte dei casi, ai pazienti stessi.

"Viene definita violenza nel posto di lavoro ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro (National Institute of Occupational Safety and Health)"

Questo è da considerarsi un evento sentinella, in quanto indice di un ambiente di lavoro a rischio e vulnerabile che può portare a situazioni di forte stress lavoro correlato degli operatori, con un conseguente peggioramento della qualità del servizio erogato.
I fattori di rischio correlati a tali atti di violenza variano a seconda della tipologia di struttura e di utenza trattata; tuttavia vi sono alcuni elementi riscontrabili in più contesti:

- Diffusione dell'abuso di alcol e droga e di patologie psichiatriche spesso correlate;
- Accesso senza restrizione/mal regolamentato dei visitatori;
- Lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, che elicitano stati di frustrazione nei pazienti e negli accompagnatori;
- Numero di personale non adeguato a far fronte alle richieste dell'utenza;
- Operatore isolato e mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi.

I soggetti vittima di violenze sul luogo di lavoro sono caratterizzati a livello emotivo da deflessioni del tono dell'umore, ansia e somatizzazioni; avrebbero quindi la tendenza a manifestare sintomi depressivi e disturbi psicologici correlati. Inoltre, si rileva un impatto negativo sull'autostima e sull'autoefficacia percepita che può sfociare in comportamenti protettivi e di evitamento che minano la qualità del servizio erogato.
La violenza nei contesti lavorativi sanitari può essere contrastata attraverso la messa a punto di programmi di prevenzione.
Il "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro" (D. Lgs 81/2008), alla Sezione II "Valutazione dei Rischi" all'art. 28 "Oggetto della valutazione dei rischi" recita al comma 1): "La valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelle riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo del 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi".
In accordo con il "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro" , il programma di prevenzione dovrebbe comprendere una sezione formativa/informativa, in cui gli operatori vengono istruiti sui rischi specifici con-

nessi con l'attività svolta, fornendo loro metodi di riconoscimento dei segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre a episodi di violenza.
In particolare, è indispensabile che l'operatore apprenda come si sviluppa e progredisce un comportamento violento (da espressioni verbali sino alla vera e propria violenza fisica) in modo da poter individuare rapidamente la situazione di pericolo ed intervenire in maniera appropriata e tempestiva.
Ulteriori accorgimenti di tipo strutturale e organizzativo possono essere messi in atto per prevenire episodi di violenza.
L'ambiente lavorativo deve essere un ambiente sicuro, pertanto è necessario riporre oggetti o strumentazioni, che possono risultare pericolose, in luoghi controllati o non facilmente accessibili al personale non autorizzato.
La sicurezza degli operatori può essere garantita dalla presenza di barriere fisiche negli spazi adibiti soprattutto al primo contatto con il pubblico, nonché da ausili telematici che permettano di segnalare prontamente situazioni di pericolo. Un ulteriore strumento, prettamente di natura psicologica, è lo sportello d'ascolto psicologico.
Lo sportello ha lo scopo di prevenire gli esiti emotivo/comportamentali che trovano sfogo in atti di violenza auto o etero riferita, fornendo un supporto psicologico e incrementando l'utilizzo delle risorse personali e l'interazione costruttiva con l'altro.
Nell'ambiente sanitario saturo di ansia, frustrazione e dolore è facile che si generino situazioni di violenza quindi l'implemento di strategie di prevenzione e la messa a punto di progetti psicosociali, possono essere un valido strumento volto a garantire il benessere dell'operatore, dell'utente e dell'organizzazione stessa.
Necessario per la prevenzione degli atti di violenza (Ministero della Salute 2007) l'elaborazione di un programma di prevenzione: ogni struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza; un'analisi delle situazioni lavorative: strumenti utilizzati: a) revisione degli episodi di violenza segnalati; b) conduzione di indagini ad hoc presso il personale; c) analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione; definizione ed implementazione di misure di prevenzione e confronto: misure strutturali, tecnologiche e organizzative; formazione del personale: gli operatori devono ricevere informazione e formazione su i rischi specifici connessi con l'attività svolta; i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre a episodi di violenza; le metodologie per la prevenzione e gestione degli stessi (es.: tecniche di de-escalation, protezione del contesto e degli altri utenti/operatori)
Monitoraggio degli eventi sentinella: il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) prevede l'evento sentinella "Atti di violenza a danno di operatore". Il verificarsi di tale evento deve essere segnalato all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale secondo le procedure previste.

"Un conflitto interpersonale è una situazione in cui due o più agenti frustrano o offendono ciascuno l'altro allo stesso tempo attraverso pensieri, sentimenti, valutazioni o approcci incompatibili o contradditori (F. Glasl)"

** Psicologa - Psicoterapeuta Cognitivo - Comportamentale*

BIBLIOGRAFIA

- D. Lgs 81/2008 e s.m.i.
- Articolo 2087 Codice Civile
- Norma UNI ISO 31000 (Gestione del rischio – Principi e linee guida)
- Raccomandazione n. 8/2007 Ministero Salute

L'INFERMIERE & TSUNAMI TECNOLOGICO

Raffaele **CAMPESE**

Nicola **MARINO**

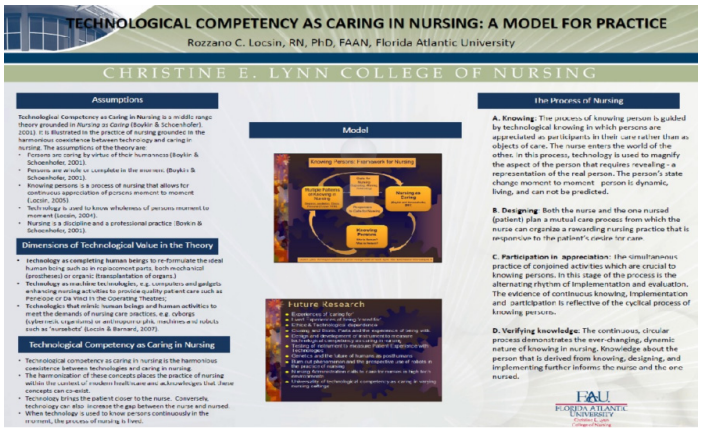
Lo tsunami tecnologico sta inondando anche la sanità, presto parleremo dell'epoca della sanità tecnologica.

Un profondo cambiamento in medicina deriverà dall'avanzare delle tecnologie emergenti che porteranno la cura del paziente verso una nuova era.

Le prospettive possono sembrare fantascientifiche ma la dirompenza delle tecnologie esponenziali sta rivoluzionando il rapporto, il monitoraggio ed il trattamento del paziente. In un'era in cui l'informazione digitale è tutto, è necessario tornare a porci alcune domande in merito al cambiamento radicale della società moderna che, inesorabilmente, si ripercuote nei vari settori della sanità. Lo scopo dell'integrazione della tecnologia in sanità è quello di ottimizzare l'assistenza, migliorare la qualità delle cure e la soddisfazione della persona senza aumentare il carico di lavoro dell'operatore sanitario. A tal proposito il Prof. Rozzano C. Locsin del Florinda Atlantic University ha creato una teorica sulla competenza tecnologica nell'assistenza infermieristica (Technological Competency as Caring in Nursing) rivisitando il processo di nursing, sfruttando al meglio la tecnologia, a seconda della tipologia di tecnica a disposizione. In tutto il processo di nursing del Prof. Locsin (immagine 1) si evince come la meccanica sia un ottimo strumento per monitorare i cambiamenti della persona e di conseguenza stilare nel miglior modo possibile una piano assistenziale individuale e dinamico.

Ed ecco che il paziente diviene una miniera di dati, capaci di dare significato al suo stato di salute. Frequenza cardiaca, saturazione d'ossigeno, temperatura corporea e glicemia sono solo alcune delle miriadi d'informazioni acquisite dai dispositivi indossabili (wearable device). Il paziente, nel prossimo futuro, sarà sempre più connesso, i dispositivi saranno sempre meno invasivi e meno costosi, fattori fondamentali per la distribuzione di massa. Il cambiamento radicale risiede però nella vastità dei dispositivi in termini di quantità e qualità dell'informazione prodotta. Esatto, perché se oggi una cartella clinica "cartacea" si compone di poche informazioni, dove quelle maggiormente rilevanti sono spesso le ultime prodotte nel tempo e a disposizione del registro del paziente o ente, nel prossimo futuro i dispositivi indossabili per persona saranno sempre più numerosi e consentiranno di rilevare, conservare e trasmettere sempre più informazioni. Secondo il report di Cisco IBSG infatti, se nel 2015 sono stati circa 3,47 i dispositivi connessi per persona nel 2020 saliranno a 6,58. Quest'ultimo è un dato medio

e coinvolge anche i soggetti che mai sono entrati in contatto con un dispositivo connesso. Tale dato, considerando che solo una piccola parte di dispositivi connessi rientra nella fattispecie dei dispositivi medicali dal quale poter trarre significato clinico dai dati, deve solamente farci intendere il trend globale e la direzione verso la quale ci stiamo, con piccoli passi, muovendo. Quanto detto avrà un impatto straordinario nella cura del paziente, ancor più considerando la spinta fornita da tecnologie emergenti correlate. Considerando che nel 2025 circa il 30% dell'informazione sarà distribuita in tempo reale e circa il 20% deriverà da dispositivi mobili è facile intuire che la velocità di trasmissione dei dati necessaria sarà sempre più elevata, ed ecco che la quinta generazione degli standard nella tecnologia mobile, meglio conosciuta come 5G, fornirà al professionista sanitario un ulteriore strumento per efficientare il monitoraggio del paziente in tempo reale. In qualsiasi posto il paziente si trovi avremo la possibilità di ricevere una mole di dati preziosi ed in costante crescita, ma tutto ciò non è immune a preoccupazioni. Al crescere dei dati gli infermieri e l'equipe saranno costretti a monitorare una quantità di valori sempre più ampia e diversificata per ogni singolo paziente, tale da mettere in difficoltà il professionista stesso. Ed è proprio nel contesto dell'analisi critica dei dati che si inseriscono, nel breve termine, gli algoritmi di Intelligenza Artificiale.



Segnali di allerta consegnati direttamente sullo smartphone dell'infermiere e del medico provenienti proprio da quei dispositivi connessi precedentemente citati ed indossati da un paziente se mai dimesso ed in attesa di follow-up.

Capiamo quindi che la medicina si sposta realmente verso una centralizzazione del paziente nel percorso di cura, il processo di deospitalizzazione è garantito dal monitoraggio a distanza e, grazie ai più avanzati sistemi, non è difficile pensare che essere curati nel proprio ambiente di vita, nella propria casa possa agevolare eticamente, psicologicamente ed economicamente l'intero sistema di cura, soprattutto se si tratta di pazienti cronici. Inoltre sorge la necessità di politiche sanitarie che garantiscano estrema sicurezza nella trasmissione e gestione dei dati. La cybersecurity, grazie al processo di digitalizzazione che sta, in maniera dirompente, colpendo la sanità, è un argomento serio da trattare con immediatezza, sensibilizzando le figure professionali coinvolte.

"La tecnologia abilita servizi e apre nuove frontiere. Sta poi all'uomo, a noi, usarle con consapevolezza e con intelligenza"

BIBLIOGRAFIA

- Archibald MM, Barnard A., Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care, Journal of Clinical Nursing, 2017.
- Locsin RC, The Co-Existence of Technology and Caring in the Therry of Technological Competency as Caring in Nursing.
- http://medicalfuturist.com/future-home-hospital/.
- https://www.mddionline.com/why-cybersecurity-must-be-part-medical-device-architecture.

a cura di
Loredana
CAPPELLI

CORSI E CONVEGNI

RILANCIARE L'INFERMIERISTICA ITALIANA: UNA SFIDA DA VINCERE
Pugnochiuso - Vieste (Fg)
dal 31 maggio al 2 giugno 2018
Pugnochiuso Resort
INFO: Tel. 08119810398 - mob. 3497398399
E-mail: segreteria@eventiecongressi.net
www.eventiecongressi.net

PINK LUNG CANCER 4. NEWS E CONTROVERSIE: DISCUTERE CON ESPERTI IN ROSA
Brindisi 28/03/2018
Hotel Internazionale
INFO: Tel. 0805093954
E-mail: amministrazione@eventiagora.it

LE VACCINAZIONI A SCUOLA
Brindisi 29/03/2018
Hotel Palazzo Virgilio
INFO: Tel. 059359254
E-mail: info@runtimes.it

WORKSHOP "INFEZIONI NOSOCOMIALI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E ANTIBIOTICOTERAPIA LONG-ACTING NELLE INFEZIONI DA GRAM+"
Bari 04/04/2018
Sala "G. Pastore" presso AOU Consorziale - Policlinico Giovanni XXIII
INFO: Tel. 023343281
E-mail: effetti@effetti.it

CONGRESSO ANMCO SIC PUGLIA, BASILICATA 2018
Bari dal 05/04/2018 al 07/04/2018
Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 0555101365
E-mail: formazione.scientifica@anmco.it

MEDIETERRANEA 11° CONGRESSO NAZIONALE DI PEDIATRIA
Bari dal 06/04/2018 al 07/04/2018
Centro Congressi The Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 0636381573
E-mail: info@ideacpa.com

MEDIET - CORSO AVANZATO DI NUTRIZIONE E DIETETICA PEDIATRICA
Bari 06/04/2018
Centro Congressi The Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 0636381573
E-mail: info@ideacpa.com

1° CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ONCOLOGIA TORACICA
Bari dal 10/04/2018 al 03/07/2018
Sala Conferenze, Istituto Tumori «Giovanni Paolo II»
INFO: Tel. 0805041635
E-mail: elle@ellecenter.it

CORSO DI FORMAZIONE IN ECOGRAFIA CARDIOVASCOLARE GENERALE
Bari dal 11/04/2018 al 14/04/2018
Hotel Romanazzi
INFO: Tel. 0229414913
E-mail: info@siec.it

CORSO DI FORMAZIONE IN ECOGRAFIA VASCOLARE
Bari dal 12/04/2018 al 14/04/2018
Hotel Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 0229414913
E-mail: info@siec.it

DSA, DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO; DALLA VALUTAZIONE AL TRATTAMENTO
Bari 14/04/2018
Palace Hotel
INFO: Tel. 3338194364
E-mail: info@laborform.it

I NOSTRI GERMI QUOTIDIANI.... CONOSCIAMOLI ED USIAMOLI
Bari 14/04/2018
Via Ciasca 27
INFO: Tel. 0805043737
E-mail: info@cicsud.it

GIORNATE NEUROLOGICHE MURGIANE: ICTUS CEREBRALE: LOST TIME IS LOST BRAIN
Altamura 14/04/2018
Auditorium Ospedale della Murgia "F. Pirenei"
INFO: Tel. 0652351244
E-mail: segreteria@centrostudicuore.it

IL RISCHIO DI STROKE OLTRE LA FIBRILLAZIONE ATRIALE: WHAT'S FOR ME, WHAT'S FOR YOU
Bari 19/04/2018
Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 3392822937
E-mail: segreteria@italianacongressi.it

V CORSO DI GASTROENTEROLOGIA
Gioia del Colle 21/04/2018
Hotel Svevo
INFO: Tel. 0883954886
E-mail: info@e20econvegni.it