numero 1/2

Filodiretto

Anno XXXVII / numero 1/2 gennaio/aprile 2019 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari n° 732/83 / Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari

"NUOVI" CONFINI DELLA SANITÀ ITALIANA

in evidenza

EDITORIALE
Noi a sostegno dell'S.S.N.

IN PUGLIA
Tirocinio e tutoraggio

PROMOZIONE E SALUTE
Il rischio del piacere nelle dipendeze

OPI

Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari
Anno XXXVII - N° 1/2 gennaio/aprile 2019
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

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 25 marzo 2019

Direttore Responsabile
Saverio Andreula

Vicedirettori
Pasquale Nicola Bianco

Direttore Scientifico
Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione
Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri, Elena Guglielmi, Antonia Iodice, Vanessa Manghisi.

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

Coordinamento di Redazione
Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione
Vanessa Manghisi

Hanno collaborato
Annalisa Allegretta, Mariella Astolfi, Pasqualina Caramuscio, Elena Chiefa, Annarita Ciocia, Domenico Dentico, Anna Grazia De Musso, Carmela Doria, Sabrina Fabiano, Francesco Ferri, Michele Fighera, Vincenzo Inglese, Michela Lacasella, Fabiana Latela, Michele L'Abbate, Francesca Mastrandrea, Giuseppe Notarnicola, Maria del Rosario Occhionigro, Elsa Vitale.

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

FiloDiretto è un periodico dell'OPI di Bari, utilizzato dall'Ordine Professioni Sanitarie di Bari, 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 **NOI, A SOSTEGNO DEL S.S.N.**
Saverio Andreula

PRIMO PIANO
6 **GLI INFERMIERI CHIEDONO PIÙ VALORE ALLA PROFESSIONE**
Salvatore Petrarolo
8 **ALLARME "QUOTA 100"**
Salvatore Petrarolo

IN PUGLIA
10 **TIROCINIO E TUTORAGGIO**
Giuseppe Marangelli
13 **LA SANITÀ PUGLIESE E LE SUE INFINITE SPERIMENTAZIONI**
Vincenzo Inglese, Michele Fighera
15 **LO STRANO CASO DEL LIBRO FANTASMA**
Pasqualina Caramuscio

PROFESSIONE IN AZIONE
17 **IL NEONATO ELGAN**
Domenico Dentico, Francesco Ferri
20 **IL "FINE VITA" E LE D.A.T**
Annarita Ciocia, Giuseppe Notarnicola
22 **SINDROME DI BRUGADA**
Francesca Mastrandrea
24 **L'ECOGRAFIA INFERMIERISTICA NEL TRIAGE**
Sabrina Fabiano, Maria del Rosario
26 **MEDICAZIONI AVANZATE**
Anna Grazia De Musso, Annalisa Allegretta

PROMOZIONE SALUTE
28 **IL RISCHIO DEL PIACERE NELLE DIPENDENZE**
Elena Chiefa, Carmela Doria
30 **GLI ASPETTI POLIMORFI DEL PIACERE DA DIPENDENZA**
Mariella Astolfi, Fabiana Latela

IN FORMAZIONE
32 **E-HEALTH**
Michele L'Abbate
35 **QUALITÀ PERCEPITA ED EROGATA DELL'ASSISTENZA**
Elsa Vitale
38 **O.S.S. E TERAPIA FARMACOLOGICA**
Michela Lacasella

CORSI E CONVEGNI
Loredana Cappelli

NOI, A SOSTEGNO DEL S.S.N.

Gli infermieri firmano il manifesto dell'alleanza con tutti i professionisti della salute

Saverio **ANDREULA**

Le Federazioni nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie e sociali, con capofila la FNOPI e la FNOMCEO, si sono dati appuntamento a Roma il 23 febbraio u.s. per sostenere il mantenimento del carattere universalista e solidale del Servizio Sanitario Nazionale sancito dall'art. 3 e 32 della vigente Costituzione, già posto in evidente difficoltà dalle modifiche intervenute con la legge costituzionale n. 3 del 2001 di modifica al titolo V, parte seconda della stessa carta costituzionale.

La tutela della salute, da essere materia a competenza esclusiva dello Stato è diventata materia a competenza concorrente. Ovvero, lo Stato conserva la potestà di determinare i principi e le Regioni assumono una più ampia autonomia in riferimento alla programmazione, alla gestione, alla organizzazione dei servizi sanitari. La verità è che oggi il "nuovo sistema" presenta evidenti criticità determinate da differenze significative tra le regioni in tema sulla qualità e quantità delle prestazioni sanitarie e soprattutto di accesso alle cure. Ogni regione ha edificato un sistema sanitario autonomo e distintivo che determina una evidente frammentazione e mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata ai cittadini.

L'agorà sul tema, promosso dalle professioni sanitarie, ha preso le mosse dalla forte preoccupazione che esprimono i professionisti sanitari, primi tra tutti gli Infermieri e i Medici, di un accentuarsi delle differenze tra le Regioni nell'ambito del governo dei sistemi sanitari per effetto delle iniziative poste in essere da alcune Regioni, ed in particolare del Veneto, Lombardia e Emilia Romagna. Regioni che chiedono maggiore ed ulteriore autonomia, anche in ambito alle politiche sanitarie.

Per i professionisti della salute, l'efficacia, cioè il raggiungimento di obiettivi di salute, l'universalità, l'equità e la solidarietà dell'assistenza, devono restare le finalità prioritarie del servizio sanitario come recita l'articolo 1 della Legge 833/1978. Quindi occorre mettere in primo piano gli obiettivi di salute tra i quali la prevenzione, favorire concretamente la partecipazione dei cittadini e mettere i professionisti nelle migliori condizioni di perseguire tali obiettivi. La legge n. 833/1978 ha istituito il SSN concepito come unitario, organico, flessibile e solidaristico. Dopo quarant'anni esso rappresenta uno strumento, tra i pochi nel suo genere, in grado di garantire, a tutti i cittadini, elevati livelli di tutela della salute individuale e pubblica, con indicatori di salute tra i migliori al mondo. Tuttavia, nonostante le buone performance del nostro SSN, vi sono, certamente, ambiti di miglioramento evidenti e rispetto ai quali occorrono interventi efficaci, di natura economica e strutturale, per scongiurare la

»

sua compromissione. È necessaria una riforma che possa restituire fiducia agli operatori sanitari, riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e maggiore autonomia nei processi di cura, attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute dei cittadini e allo stesso tempo di farsi carico della sostenibilità del sistema. Serve anche un Piano Nazionale di Azione per il contrasto alle diseguaglianze nell'accesso al diritto alla salute, tenuto conto dello sviluppo tecnologico, dell'intelligenza artificiale, dei cambiamenti ambientali e della consapevolezza dei diritti da parte dei cittadini, dell'evoluzione delle competenze dei professionisti e dei nuovi ruoli attribuiti a tutti gli Ordini professionali. Nella riunione del Consiglio dei Ministri n. 33 del 21 dicembre 2018 si è proceduto alla illustrazione delle intese concernenti l'autonomia differenziata ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Tra le materie su cui sono attivabili ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia rientrano tutte le materie di legislazione concorrente tra le quali la tutela della salute e all'interno di questa le professioni sanitarie e sociali e tutto il personale. È in corso un'intesa fra Governo e Regioni in merito alla maggiore autonomia da concedere alle stesse sulla base di un modello di regionalismo differenziato. Ancora non vi è stata condivisione con le Federazioni nazionali delle professioni sanitarie e sociali e nessuna valutazione di rischi/benefici è stata predisposta e valutata in modo uniforme per tutte le Regioni. Le autonomie locali devono essere uno strumento che facilita l'erogazione dell'assistenza e non un ostacolo per l'universalità e l'equità del SSN; a tutti i cittadini va garantito il diritto alla salute, nello stesso modo e negli stessi termini, in ossequio agli articoli 3 e 32 della nostra Costituzione. Il Ministro della salute Grillo ha celebrato i principi fondanti del SSN esortando il Paese a lavorare per "sanare le intollerabili disparità tra le diverse aree" nell'accesso alle cure, precisando che la richiesta di maggiore autonomia deve necessariamente tener conto dell'assetto costituzionale esistente, i cui capisaldi sono rappresentati proprio dalla necessità di una tutela uniforme del diritto alla salute, dalla certezza che ogni cittadino "possa venire curato e assistito allo stesso modo indipendentemente da dove egli vive". Dovrebbe essere promosso un regionalismo solidale per dare piena attuazione all'articolo 3 della Costituzione, che promuove l'uguaglianza dei cittadini e la solidarietà tra le Regioni così come previsto dall'articolo 119 della Costituzione.

Si dovrebbe procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure. La garanzia del diritto alla salute non può essere affidata solo a criteri di utilità economica e dinamiche di mercato, deve fondarsi, invece, su "dignità e libertà", i due princìpi cardine del SSN che regolano il rapporto tra il cittadino e le professioni sanitarie. Nella stessa direzione si sono espresse nel tempo sia la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati che la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica: la prima affermando che per quanto riguarda il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, appare necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale, la seconda sottolineando la necessità di uno sforzo per promuovere un sistema organico di strumenti di governance per l'uniformità degli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese.

Le Federazioni nazionali degli Ordini delle professioni sanitarie e sociali si impegnano ad attivarsi, quali Enti sussidiari dello Stato, al fine di garantire una sempre maggiore equità nell'accesso alle cure e l'eguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio del diritto alla salute; sostenere politiche efficaci per un adeguato finanziamento degli obiettivi di salute; mettere a disposizione le loro competenze in collaborazione con le Istituzioni pubbliche, al fine della promozione, organizzazione e valutazione di percorsi formativi che sono alla base della rispettiva attività professionale per fornire il giusto contributo al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società; proporre soluzioni e nuovi modelli di governance per un Servizio sanitario nazionale sempre più equo, solidale, sostenibile e universale per superare le diseguaglianze presenti nel Paese; chiedono allo Stato, alle Regioni e alle Province autono-

me di Trento e Bolzano, di intensificare la collaborazione con le professioni sanitarie e sociali e i loro enti, in quanto enti sussidiari dello Stato, al fine di assicurare un SSN che garantisca effettivamente e uniformemente i diritti costituzionalmente tutelati dei cittadini, quale segno irrinunciabile di civiltà e di crescita sociale. Si chiede al Governo:

- *Che siano rispettati i principi costituzionali di uguaglianza, solidarietà, universalismo ed equità che sono alla base del nostro Servizio Sanitario e ne confermano il carattere nazionale, garantendo la sostenibilità economica dei livelli essenziali di assistenza attraverso un coerente finanziamento del fondo sanitario nazionale;*
- *Di elaborare un'analisi rischi/benefici delle proposte di autonomia differenziata presentate dalle Regioni, al fine di misurare l'impatto di tali riforme sulla finanza pubblica, sulla tenuta di tutti i servizi sanitari regionali, sulla mobilità interregionale, sul ruolo di garante dei Livelli Essenziali di Assistenza del livello centrale, sui diritti dei pazienti e sull'equità dell'assistenza.*

Al Governo e al Parlamento:

- *Di adottare iniziative per parametrare il fabbisogno regionale standard anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni;*
- *Di agire in modo da garantire il superamento delle differenze tra i diversi sistemi sanitari regionali anche mediante la definizione e implementazione di un Piano Nazionale di Azione per il contrasto alle diseguaglianze nell'accesso alle cure e all'assistenza;*
- *Di scongiurare il rischio che sia pregiudicato il carattere nazionale del nostro Servizio sanitario e di addivenire quindi alle decisioni migliori per garantire l'equità nell'accesso alle cure a tutti i cittadini, come presidio di democrazia e di civiltà.*

Sulla base di quanto esposto esprimono preoccupazione e sollecitano l'attivazione di un tavolo di confronto permanente tra le Professioni Sanitarie e Sociali, il Governo e le Regioni, in seno alla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto delle prerogative del Parlamento, esteso alla partecipazione delle organizzazioni dei cittadini. Inoltre la sottoscrizione con tutte le professioni sanitarie e sociali e l'attivazione in tutte le Regioni e secondo schemi omogenei condivisi dei recenti protocolli voluti dalle Regioni e le Province autonome che rappresentano un segnale positivo da parte dei responsabili regionali della volontà di mantenere universale e unico il Servizio sanitario e di instaurare un rapporto diretto con i professionisti che di questo fanno parte secondo le loro peculiarità professionali. Si chiede ai cittadini di farsi parte attiva ponendo in essere iniziative per garantire il perseguimento degli obiettivi indicati nel presente documento e invitano il Governo a porre al centro dell'agenda politica il tema della tutela e unitarietà del SSN e a sollecitare le Regioni al rispetto dell'articolo 2 della Costituzione che ricorda alle Istituzioni i doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale su cui deve fondarsi la vita del Paese, dell'articolo 3 (eguaglianza dei cittadini) e dell'articolo 32 della Costituzione (tutela della salute).

GLI INFERMIERI CHIEDONO PIÙ VALORE ALLA PROFESSIONE

Salvatore PETRAROLO

Con l'entrata in vigore della legge Gelli, quella dell'8 marzo 2017, con la quale si definiscono autonomia e responsabilità delle professioni sanitarie, il mondo infermieristico ha tagliato un altro traguardo, rafforzando al tempo stesso la propria identità professionale. E con la conquista di rango di professione sanitaria, questa volta grazie alla legge n. 3 dell'11 gennaio 2018, con la quale si è avuta la trasformazione dell'Ente di rappresentanza da collegio a Ordine, gli infermieri hanno aggiunto un altro tassello al mosaico di una professione che, però, continua faticosamente a ritagliarsi gli spazi che le competono. La professione infermieristica paga tutte le criticità del mondo sanitari o ma non riesce a rendersi protagonista dello stesso.

Due facce della stessa medaglia, un paradosso che diventa argomento da discutere nel consueto appuntamento promosso dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Bari all'inizio di giugno. Sarà ancora una volta Pugnochiuso il centro dal quale far emergere idee e proposte per il futuro dell'infermieristica italiana. Iniziativa che l'Opi Bari e il suo presidente Saverio Andreula, ha voluto condividere con gli Ordini professionali della Bat, di Brindisi e Caserta ("legati da un'amicizia personale e professionale di vecchia data" spiega Andreula) e organizzare con la fattiva collaborazione della Presidenza della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bari, del corso di laurea in infermieristica dell'Università della Campania e del corso di laurea in infermieristica del polo didattico Frattaminore dell'Università degli studi "Federico II" di Napoli.

L'appuntamento da cerchiare in calendario dal 2 al 4 giugno prossimi: tre giornate di incontri, approfondimenti e confronto di esperienze tra i tanti protagonisti del mondo infermieristico, sanitario e universitario. Una contaminazione di saperi che ha l'obiettivo, nelle intenzioni degli organizzatori, di tratteggiare gli scenari futuri per la professione infermieristica.

A cominciare dalla formazione nelle università e scuole di medicina dove gli studenti di infermieristica vivono la sensazione di essere ospiti di quel mondo accademico. Da anni si chiede che gli infermieri possano ricoprire i ruoli di direttore delle attività formative, di docente delle discipline infermieristiche e di tutor professionale. Da anni, però, quella richiesta è rimasta quasi del tutto inascoltata e si tornerà a battere su quel tasto nella prima giornata della tre giorni di Pugnochiuso. "Gli infermieri nell'università oggi" è il titolo della seduta plenaria nella quale si alterneranno gli interventi di Ausilia Pulimeno, vice presidente della Fnopi e Danilo Massai, presidente Opi Firenze – Pistoia, del professor Loreto Gesualdo, preside della facoltà di medicina

nell'Università di Bari, di Michele Orditura, preside del corso di laurea in infermieristica presso l'Università degli studi della Campania e dell'avvocato Nicola Roberto Toscano. Idee che diventeranno confronto nella tavola rotonda condotta dal direttore di Teleregione e Nurse Times, Salvatore Petrarolo e chiudere il primo giorno di lavori di questo evento intitolato "Più valore alla professione infermieristica nell'università, nel lavoro e nella ricerca". Del resto gli infermieri chiedono spazio nel mondo universitario e, al tempo stesso, pagano in prima persona i piani di rientro della sanità italiana. La sostenibilità economica del sistema sanitario è questione di stringente attualità e quando si tratta di far quadrare i conti si interviene sulle dotazioni organiche. Ma, anche in questo caso, si va incontro ad un paradosso: si risparmia sulle risorse umane ma non si conteggiano le ricadute negative sui bisogni di salute e sulle prestazioni che si offrono ai cittadini. "Gli infermieri, le responsabilità e le tutele professionali" saranno i temi attorno ai quali si confronteranno, nella seconda giornata del convegno il 3 giugno, Franco Vallicella (componente del comitato centrale della Federazione nazionale degli Ordini professionali) e Francesco Falli (vice presidente dell'Opi di La Spezia), l'avvocato Toscano, i presidenti degli Opi di Milano e Caserta, Pasquale D'Aloia e Gennaro Mona. Lo sguardo al futuro, invece, sarà al centro dell'ultimo giorno di incontri: martedì 4 giugno la tavola rotonda dal titolo "I giovani infermieri, la ricerca e le nuove tecnologie: idee in movimento" sarà animata da tre componenti dell'Opi Bari e Bat: Francesco Molinari, Cinzia Pappapicco e Michele Calabrese protagonisti dell'agorà conclusiva con Cristina Pediconi (presidente Opi Teramo), Antonio Scarpa (presidente Opi Brindisi), Enrico Marsella (presidente Opi Cremona), Giuseppe Papagni (presidente Opi Bat), Concetta Genovese (presidente Opi Catanzaro), fausto sposato (componente del Collegio dei revisori della Fnopi) e Fabio Castellan.

ALLARME "QUOTA 100"

Il Servizio Sanitario Pugliese necessita di 5000 infermieri

Salvatore PETRAROLO

Grido d'allarme per la sanità pugliese. A lanciarlo sono i presidenti degli Opi (Ordine delle professioni infermieristiche) di Bari, Bat e Brindisi: "Con l'applicazione della legge relativa a 'quota 100' è notevole il numero di infermieri in uscita dalla sanità pugliese". Per questo motivo Saverio Andreula (Opi Bari), Giuseppe Papagni (Opi Bat) e Antonio Scarpa (Opi Brindisi) hanno sottoscritto un appello inviato al presidente della Regione Puglia e assessore alla Sanità, Michele Emiliano: "E' necessario provvedere nell'immediato – scrivono i tre presidenti – a procedure di reclutamento degli infermieri per far fronte ad una vera e propria emergenza". La carenza di personale infermieristico, diretta conseguenza del provvedimento su "quota 100" non è, a giudizio di Andreula, Papagni e Scarpa, una semplice ipotesi "ma una certezza che ci preoccupa per gli effetti che verrà a determinare sulla qualità delle prestazioni sanitarie". Gli ultimi dati forniti dalla Federazione nazionale degli ordini delle professionisti infermieristiche, parlano di un fabbisogno di poco meno di cinquemila infermieri (4.749 per la precisione) in Puglia a seguito dell'uscita dal mondo del lavoro con il provvedimento "Quota 100".

Procedere al reclutamento di nuovo personale infermieristico è una necessità, sostengono ancora i presidenti degli Opi pugliesi, per non gravare sulle "già carenti dotazioni organiche in cui versano le strutture sanitarie pugliesi. E' necessario rendere immediate le procedure di reclutamento degli infermieri" chiosano Andreula, Papagni e Scarpa rivolgendosi al presidente Emiliano.

La carenza di personale infermieristico, del resto, è da tempo una delle preoccupazioni di chi rappresenta la professione. Il piano di riordino ospedaliero della Regione Puglia, di fatto, ha provocato una contraddizione in termini: nella nostra regione, stando alla fredda lettura dei numeri, non servirebbero infermieri alle strutture sanitarie, ma operatori socio sanitari. Uno sbilanciamento che più volte è stato contestato, anche sui tavoli nazionali, adesso aggravato anche dall'introduzione della cosiddetta "quota 100" per andare in pensione.

"Chi esce dalla professione attiva per 'Quota 100' – dichiara Barbara Mangiacavalli,

presidente FNOPI – deve essere subito rimpiazzato, al di là dell'economia e della politica.
Anche il blocco del turn over va ovviamente superato e le carenze gravissime attuali devono essere coperte, ma è assolutamente impensabile indebolire a questo punto i servizi e farlo per di più a maggior danno proprio del territorio, dove personale e servizi sono più scarsi e gli assistiti sono più fragili perché caratterizzati da forme di cronicità, età il più delle volte avanzata e spesso non autosufficienza. Il nostro allarme indicava già che seguendo il trend attuale di turn over e di fabbisogno di professionisti, si sarebbe raggiunta nel 2021 una carenza di quasi 64mila unità, oggi di 51-53mila infermieri.
Ma ora la situazione, in tutta Italia, è in picchiata e i quasi 75mila infermieri che verrebbero a mancare – 22mila da subito - rappresentano un pericolo reale e immediato per assistenza, servizi e soprattutto pazienti: il sistema non funziona senza infermieri e con 76mila in meno è al collasso annunciato".
A rincarare la dose è il portavoce di Fnopi, Tonino Aceti: "Il rapporto numerico infermieri pazienti era già ai limiti del rischio prima di 'quota 100' ma ora con questa ulteriore emorragia di professionisti la situazione si aggrava. Se studi internazionali, Oms e Ocse hanno spiegato ampiamente che riducendo il numero di pazienti assistiti da un infermiere (il numero ideale per abbattere la mortalità del 20% sarebbe 1:6) l'assistenza migliora la sua qualità e si riduce il rischio, ora con la fuoriuscita di oltre 20mila infermieri i numeri salgono. In alcune Regioni, quelle più colpite dai piani di rientro e quindi dal blocco del turn over, il rapporto sale alle stelle". Il combinato disposto tra l'attuazione di 'Quota 100', il mancato superamento del tetto di spesa per il personale sanitario e il blocco del turnover, rischia di essere la formula perfetta per "mandare in pensione" anche il Servizio sanitario pubblico. 'Quota 100' da fine 2018 è stata teoricamente raggiunta da 75.000 infermieri, il 28% di quelli dipendenti dal Ssn (ma nei prossimi anni senza sblocchi del turn over la cifra è destinata drasticamente a salire ben oltre le 100mila unità e in un triennio si potrebbe superare quota 130mila), sia perché la professione infermieristica inizia presto (la laurea abilitante è quella triennale) e quindi si cumulano più anni di servizio, sia perché i blocchi del turn over ormai decennali hanno innalzato l'età della categoria che tra i dipendenti raggiunge una media di 53 anni, con punte fino a 55,9 in Campania, dove il blocco del turn over è più duro per ragioni economiche, e situazioni più leggere in Trentino Alto Adige con la media di età Ssn di 49,4 anni (le Regioni a statuto speciale non sono sottoposte ai vincoli del blocco del turn over).
Ovviamente non tutti opteranno per "Quota 100": si può considerare che data la lunga permanenza in servizio e gli stipendi mediamente non alti (nel Ssn sono in media di 31-32mila euro/anno), circa il 30% medio di chi possiede i requisiti scelga questa possibilità. Si tratta quindi di 22.360 infermieri che potrebbero a breve – da subito: in un solo anno - abbandonare il servizio con un danno fortissimo per l'assistenza, aggiungendosi ai circa 11.500 che hanno raggiunto il limite di età per la pensione. Oltre a sommarsi alla carenza ormai appurata di professionisti infermieri calcolata tra 51-53mila unità, portando il totale a circa 75 mila unità (senza contare i pensionandi naturali che sarebbero comunque stati presenti), gli infermieri maggiormente interessati da "Quota 100" sono evidentemente quelli con età lavorative maggiori e, quindi, con maggiore esperienza e sono ancora quelli che le aziende inviano di preferenza sul territorio per mantenere ad alti livelli il rapporto diretto umano e clinico con il paziente, per un'assistenza domiciliare già scarsa di per se, ma che ora rischia una crisi irreversibile.

TIROCINIO E TUTORAGGIO

Un connubio inscindibile o quasi

Giuseppe MARANGELLI

Nell'Università degli Studi di Bari, con particolare riguardo al Corso di Laurea in Infermieristica, vi sono ancora rilevanti criticità nel "governo" del tirocinio clinico, con conseguenti ricadute negative sulla qualità della formazione, pur in presenza di un formale riconoscimento dell'importanza di tale attività. Infatti, lo stesso "Regolamento Didattico" del CDL in Infermieristica, emanato dall'ateneo barese, attribuisce particolare rilevanza, nell'ambito del percorso formativo, al tirocinio clinico. Secondo il "Regolamento", il tirocinio rappresenta il momento professionalizzante essenziale per l'apprendimento dall'esperienza e lo sviluppo delle competenze indispensabili per l'esercizio professionale.

Nella formazione infermieristica il tirocinio clinico costituisce il punto di contatto tra il sapere teorico ed il sapere pratico. Il tirocinio clinico, infatti, permette la trasmissione di una cultura professionale legata ad una pratica in evoluzione attraverso un percorso definito per obiettivi che integrano, arricchiscono e verificano gli apprendimenti teorici. Ovviamente, proprio per la centralità che l'attività di tirocinio ha nell'ambito della formazione infermieristica, c'è bisogno, oltre che di un idoneo management, di avere a disposizione un congruo numero di professionisti, all'uopo formati.

Nonostante i tanti anni trascorsi dall'attivazione del CDL in Infermieristica, l'Università degli Studi di Bari, purtroppo, non riesce ancora a gestire adeguatamente la prevista attività di tirocinio clinico. Quel che accade è sotto gli occhi di tutti! Ad oggi, infatti, non si ha ancora contezza del come vengono individuati i Tutor e soprattutto con quali provvedimenti di nomina gli stessi vengono impegnati nei Corsi di Laurea in Infermieristica.

La domanda che ci si pone è sempre la stessa: "con che modalità vengono scelti i Tutor?".

Diverse norme sono intervenute in merito per indicare, con chiarezza, la "strada" da percorrere.

Come è noto, già la legge 19 novembre 1990, n. 341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari", ha stabilito, all'articolo 13 sul "Tutorato", che ciascuna Università doveva provvede ad istituire con regolamento il tutorato, sotto la responsabilità dei Consigli delle strutture didattiche e che il tutorato è finalizzato ad orientare ed assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli ad una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini ed alle esigenze dei singoli.

Successivamente, il Legislatore, a norma

dell'articolo 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, ha sancito che la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale e Istituzioni private accreditate.
Qualche anno dopo, con Decreto Interministeriale 19 febbraio 2009 "Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie" è stato disposto che l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico deve essere svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente formati e assegnati ed è coordinata, con incarico triennale, da un docente appartenente allo specifico profilo professionale, in possesso della Laurea Specialistica o Magistrale della rispettiva classe, nominato sulla base della valutazione di specifico curriculum che esprima la richiesta esperienza professionale, non inferiore ai cinque anni, nell'ambito della formazione.
Del quadro normativo e regolamentare fa parte anche il "Protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e Università degli Studi di Bari", redatto con lo scopo di determinare le necessarie sinergie in merito alla formazione del personale afferente alle Professioni sanitarie in ambito universitario.
L'articolo 7 "Tirocinio pratico-formativo", tra l'altro statuisce che il Coordinatore viene affiancato da Tutor designati dal Consiglio di Facoltà, su proposta dei Consigli di CDL o di Interclasse, secondo le modalità previste dai Regolamenti didattici.
L'Università degli Studi di Bari, con proprio Regolamento Didattico del CDL in Infermieristica, all'articolo 8 "Coordinamento delle attività formative" ha stabilito, tra l'altro, che l'attività formativa pratica e il tirocinio clinico devono essere coordinati da un docente del Corso di Laurea, appartenente allo specifico profilo professionale, in possesso della Laurea Specialistica o Magistrale della rispettiva classe.
Il Direttore delle Attività Didattiche, uno per ciascuna sede di svolgimento del Corso di Laurea in Infermieristica, è scelto fra i docenti in servizio presso la "Struttura" sede del CDL a cui sono affidati uno o più insegnamenti ufficiali nel medesimo Corso.
Il Direttore delle Attività Didattiche è la figura incaricata dell'organizzazione e della realizzazione operativa degli insegnamenti tecnico-pratici, è responsabile degli insegnamenti tecnico-pratici e del loro coordinamento con gli insegnamenti tecnico-scientifici.
Ha il compito di coordinare, in accordo con i Coordinatori di anno, i periodi di svolgimento e la programmazione di tutte le attività di tirocinio. In particolare il Direttore delle Attività Didattiche ha il compito di:

- Programmare e gestire le attività professionalizzanti, considerando i criteri formativi, del Corso di Laurea in Infermieristica organizzativi e clinici dei servizi, nonché le linee d'indirizzo degli organi universitari e professionali.
- Coordinare la progettazione, gestione e valutazione delle attività professionalizzanti avvalendosi della collaborazione di Tutors professionali appositamente formati e qualificati e di Assistenti di tirocinio, anch'essi opportunamente formati e qualificati.
- Curare l'individuazione, la formazione, l'aggiornamento e la valutazione dei Tutors professionali e degli Assistenti di tirocinio.
- Garantire l'accesso degli studenti a strutture qualificate individuate come sede di insegnamenti tecnico-pratici.
- Fornire consulenza ed orientamento agli studenti mediante colloqui ed incontri programmati.
- Produrre report ed audit dell'attività professionalizzante realizzata.
- Proporre progetti innovativi e sperimentazioni pedagogiche.
- Svolgere la valutazione certificativa di fine anno per documentare il livello di competenza raggiunto dallo studente, attraverso un giudizio che consente di adottare le necessarie decisioni pedagogiche a seguito del successo/insuccesso dello studente, tenendo conto anche delle valutazioni formative dei Tutors professionali.

Per svolgere i propri compiti, il Direttore delle Attività Didattiche si avvale pertanto di un sistema di tutorato, articolato su due livelli e svolto da figure dello stesso profilo professionale del Corso di Laurea in Infermieristica con riconosciuta qualificazio-

ne nel settore formativo specifico.
Il Tutor professionale è un infermiere esperto sia nello specifico ambito professionale sia in ambito pedagogico, appositamente formato e assegnato a tempo pieno o parziale al Corso di Laurea, in numero rispondente a quanto previsto nel Protocollo d'Intesa.
Deve essere in possesso del requisito minimo del titolo di Laurea nello specifico profilo professionale o titoli ad essa equipollenti.
Il Tutor professionale dura in carica un anno e può essere rinnovato. La scelta viene proposta dal D.P. sulla base del curriculum professionale, accademico e scientifico, nonché delle capacità attitudinali della figura professionale al ruolo di affiancamento allo studente.
La nomina viene deliberata dal Consiglio di Classe/Interclasse e ratificata dal Consiglio di Scuola.
Il Tutor professionale può appartenere al ruolo universitario od ospedaliero in convenzione.
Il Tutor professionale partecipa alla formazione degli studenti attraverso:

- Accoglienza e orientamento dello studente nell'Unità Operativa assegnata.
- Costruzione con lo studente del percorso formativo clinico e delle attività da svolgere per il raggiungimento degli obiettivi formativi professionalizzanti.
- Organizzazione di sessioni tutoriali che preparano lo studente all'esperienza attraverso esercitazioni, simulazioni in cui si sviluppano abilità tecniche, relazionali e metodologiche in situazioni protette prima o durante la sperimentazione nei contesti reali.
- Esperienza diretta sul campo con supervisione e accompagnamento con sessioni di riflessione e rielaborazione dell'esperienza e feedback costanti.
- Scelta dell'affidamento dello studente agli assistenti di tirocinio in grado di offrire allo stesso competenze specifiche.
- Rilevazione giornaliera delle presenze controfirmando apposito libretto di tirocinio custodito dallo studente, attestante i giorni, le ore di frequenza e le attività svolte nell'Unità Operativa assegnata.
- Valutazione formativa su apposita scheda, contenuta nel libretto di tirocinio, durante le esperienze pratiche in continuo feedback con gli studenti, che ne prendono visione e che la controfirmano, per incoraggiarli nella progressione dello sviluppo di competenze, atta a rilevare, in collaborazione con gli assistenti di tirocinio, le competenze che riguardano i vari aspetti dell'attività professionale (etico-deontologica, tecnico-gestuale, relazionale, etc.).

Ai professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti pre e post laurea previsti dalla legge, sono riconosciuti crediti formativi ECM nella misura di n. 4 crediti per mese di tutoraggio.
L'Assistente di tirocinio è un professionista infermiere che ha il compito di guidare gli studenti nella sede del tirocinio mentre svolge le sue normali attività lavorative, in contesti sanitari specifici al fine di far raggiungere agli studenti gli obiettivi formativi professionalizzanti.
I requisiti minimi nel rapporto tra assistenti di tirocinio e studenti è definito dalle norme ministeriali.
Egli garantisce la sicurezza degli studenti e dei pazienti e vigila affinché i pazienti ricevano una prestazione di qualità anche quando essa sia delegata agli studenti con progressiva assunzione di responsabilità da parte degli stessi.
Collabora, con il Tutor professionale, alla rilevazione delle presenze e alla valutazione formativa degli studenti.
Anche ai professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti previsti dalla legge, sarà rilasciata una attestazione di attività di tutoraggio svolta ai fini del riconoscimento dei crediti formativi ECM nella misura di n. 4 crediti per mese di tutoraggio.
Proprio in considerazione della rilevante funzione dei Tutors e Assistenti di tirocinio, l'Università degli Studi di Bari, non può continuare a sottovalutare il fatto che ad oggi non vi è chiarezza sia in merito ai provvedimenti di nomina di questi professionisti sanitari impegnati nel CDL in Infermieristica sia, e soprattutto, in merito ai criteri adottati nell'individuazione degli stessi.

LA SANITÀ PUGLIESE E LE SUE INFINITE SPERIMENTAZIONI

Vincenzo **INGLESE**

Michele **FIGHERA**

Con la DGR 30/10/2018, n. 1935, la Regione Puglia ha dato avvio, di fatto, ad un'ulteriore fase sperimentale del modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care". L'obiettivo del Governo pugliese, è quello di "provare" a governare la domanda e la presa in carico dei pazienti cronici, nel rispetto del Patto per la Salute (2014-16), del D.M. n. 70/2015 e del Piano Nazionale della Cronicità. Il Governo pugliese ha inteso intraprendere, purtroppo, in perfetta discontinuità con le precedenti e recenti esperienze, con le quali, la stessa Regione, avviò percorsi di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa, secondo i principi del Chronic Care Model (Progetto Nardino e Progetto Leonardo), anch'essi sempre in via sperimentale, una nuova modalità di presa in carico del paziente cronico che, di fatto, accentra tutta la "gestione" sui medici di Assistenza Primaria, il cosiddetto "Care Puglia 3.0". La Regione, con questa scelta, si è totalmente affidata ai medici di medicina generale abbandonando, al loro triste destino, le precedenti esperienze, ritenute, dalla stessa Regione, molto soddisfacenti in termini di risultati conseguiti. Questo nuovo percorso dovrebbe partire dalla definizione condivisa, tra Distretti, medici di medicina generale e medici specialisti, di un modello generalizzato di presa in carico delle cronicità maggiori (BPCO, Scompenso cardiaco, diabete ed ipertensione), in una logica orientata al soddisfacimento dei bisogni della persona cronica e della sua famiglia, con lo scopo di prevenire l'insorgenza della malattia, ritardare la progressione e ridurre la morbosità e la disabilità prematura e che dovrebbe prevedere anche la realizzazione di un patto di cura tra il SSR e i medici di Assistenza Primaria al fine dell'individuazione di tipologie di risposte differenziate in funzione dei diversi bisogni di salute, prevedendo l'erogazione dei servizi in relazione alle effettive necessità assistenziali di specifiche categorie di pazienti, che dovrebbe tener conto del livello di rischio e della complessità clinica. Questo nuovo percorso prevede l'erogazione di premialità e il ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura, orientati ad alimentare un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato, utilizzando il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità. I requisiti di idoneità alla presa in carico dei pazienti sono quelli di cui alle linee guida allegate alla DGR n. 1935/2018. Nella prima fase sperimentale si intenderanno arruolati, in maniera volontaria, tutti i medici

»

di Assistenza Primaria, organizzati in forma associata e non, che risultino in possesso delle figure professionali dell'infermiere e del collaboratore di studio. Il "progetto" ha avuto inizio il 1° gennaio 2019 e terminerà il 31 dicembre 2020. Il "percorso" sperimentale, prevede: la sottoscrizione del "Patto di Cura" che è un atto formale, un accordo sottoscritto tra la persona fisica-paziente ed il medico di Assistenza Primaria che, tra l'altro, consente anche di esprimere il consenso alla partecipazione e alla modalità di presa in carico presso il "gestore"; la programmazione personalizzata del percorso di cura attraverso un "PAI" che è un documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura attraverso il quale il medico di base, responsabile unico della presa in carico, documenta la tipologia e cronologia degli interventi diagnostici terapeutici necessari alla persona sulla base del quadro clinico; il "reclutamento attivo della persona", presa in carico globale e follow-up per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura; le "modalità di remunerazione a percorso di presa in carico", modulabile sui bisogni clinico-assistenziali.

Alcune riflessioni sono doverose!

Ovviamente, a nessuno giova mettere in dubbio, in maniera aprioristica, la bontà di questo nuovo "percorso". In questo caso, uno dei problemi più importanti è che, in certi contesti, non è opportuno continuare a sperimentare "modelli" così diversi. Questo approccio, infatti, può essere causa di numerose criticità. Inoltre, un altro problema è dovuto al fatto che la DGR, che avvia questo nuovo "percorso", non ha definito gli indirizzi per il governo della domanda nei percorsi di presa in carico, con chiara indicazione: dei requisiti per l'idoneità dei gestori alla presa in carico; dei requisiti iniziali, le caratteristiche e la dotazione tecnologica ed organizzativa; delle indicazioni per la valutazione dei dati sperimentali attraverso la predisposizione di indicatori di processo e di esito, i modelli del Patto di Cura e del Piano Assistenziale attraverso predisposizione di fac-simile; della definizione delle modalità per la formazione di tutti gli attori coinvolti in ordine alle modalità di presa in carico. Appare poi del tutto surreale il fatto che tale progetto, così come riportato in delibera, non comporta implicazioni di natura finanziaria, sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale. Dal punto di vista organizzativo, la novità è rappresentata dall'introduzione di un soggetto "garante della presa in carico". Secondo il Governo regionale tale soggetto è il Medico di Medicina Generale. Con l'introduzione di questo "modello", il "soggetto gestore" avrà il compito di coordinare tutti gli "attori" coinvolti nell'assistenza al paziente cronico e avrà il compito di assicurare la continuità delle cure. In particolare, il MMG dovrà prendere in carico il paziente nel corso della malattia, occupandosi innanzitutto del suo reclutamento, del follow-up e del monitoraggio delle condizioni del malato secondo quanto prescritto dal PDTA. Deve quindi mantenere i contatti tra il paziente e tutti gli altri "soggetti" coinvolti. Il medico di medicina generale, dovrebbe anche assicurare una serie di servizi amministrativi con l'obiettivo di semplificare la gestione quotidiana della malattia. Un dubbio, a questo punto, è legittimo! Il MMG, riuscirà a garantire la tenuta dell'intera filiera? Considerato tutto quello che dovrebbe fare, probabilmente, per poterlo fare dovrebbe disporre, a supporto, di un vero e proprio "centro servizi", capace di garantire: un'organizzazione basata sul "Case manager" per ogni paziente cronico; il triage clinico e tecnico; in servizio di compliance farmacologica e diagnostica; adeguati programmi di informazione e formazione; un sistema di valutazione della qualità del sevizio, basato sia su indicatori di processo/risultato che su strumenti di customer satisfaction. I Medici di Medicina Generale, pertanto, dovrebbero munirsi di una struttura organizzativa piuttosto complessa e di una dotazione tecnologica rilevante per poter concretamente occuparsi di tutta una serie di attività gestionali. Le ASL, attraverso un rafforzamento dei distretti, dovrebbero sviluppare e affinare le proprie capacità di controllo, focalizzandosi sulla presa in carico del paziente oltre che sui volumi di prestazioni erogate. In tal senso, il monitoraggio dovrebbe focalizzarsi su aspetti di outcome di salute e di qualità del servizio offerto dai Medici di Medicina Generale. Anche in questo caso ci sono forti dubbi sulle capacità di controllo delle ASL. A questi dubbi, bisogna anche aggiungere che in questo nuovo "percorso" è venuto meno, ancora una volta, il cambio di paradigma dell'assistenza territoriale messo in campo con le precedenti esperienze.

LO STRANO CASO DEL LIBRO FANTASMA

Pasqualina CARAMUSCIO

Vien proprio voglia di intitolare così questo articolo, il maxi concorso per 2445 posti di Operatori Socio Sanitari degli ospedali Riuniti di Foggia per titoli ed esami.

In realtà si tratta di un unico concorso pubblico per l'intera Regione Puglia, i posti per i vincitori saranno così ripartiti:

- 190 posti della Azienda Ospedaliero-Universitaria OORR di Foggia;
- 420 posti della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bari;
- 210 posti della Azienda Sanitaria Locale delle province di Barletta-Andria-Trani;
- 247 posti della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi;
- 210 posti della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Foggia;
- 453 posti della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Lecce;
- 318 posti della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Taranto;
- 316 posti della Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari;
- 43 posti dell'IRCCS "Giovanni Paolo II" di Bari;
- 28 posti dell'IRCCS "De Bellis" di Castellana Grotte (BA).

La prima prova pratica è stata calendarizzata per l'11 marzo 2019 nei padiglioni della Fiera di Foggia. Ha suscitato molte perplessità l'avviso affisso sulla bacheca del portale aziendale degli Ospedali Riuniti di Foggia, infatti, il comunicato nel riportare le modalità di svolgimento "per ciascun turno sarà somministrato ai candidati presenti un questionario composto da n. 30 quesiti più tre di riserva, da svolgere in un tempo massimo di 45 minuti, vertenti sulle procedure tecniche operative che l'OSS deve conoscere per svolgere al meglio il proprio lavoro". Il comunicato segnala anche la banca dati da utilizzare per la preparazione, trattasi di due testi uno edito dalla Casa editrice Edises con codice ISBN 9788893621922 più guida tascabile allegata sulle procedure operative, e l'altro edito dalla Casa Editrice Simone con codice ISBN 97888914117602 di cui uno fantasma, nel senso che il codice ISBN non esiste!

Il codice ISBN (acronimo di International Standard Book Number) che si appone vicino al codice a barre per permettere la catalogazione, pubblicato per la casa editrice Simone è errato!

I quesiti che andranno a formulare i questionari da sottoporre ai candidati sono ripresi dai due testi la cui protezione del copyright è ad uso esclusivo delle due case editrici prescelte!

Nascono spontanee una serie di domande: perchè queste due case e non altre? Perchè non una banca dati non protetta dal copyright che avrebbe permesso ai candidati di non spendere i circa 100 euro? Perchè creare questa disparità di trattamento tra i can-

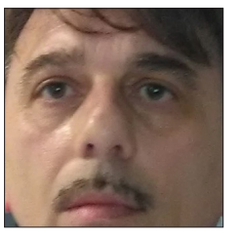
»

didati che possono effettuare l'acquisto e coloro che non possono permetterselo a pochi giorni dalla prova?
Se tutti i candidati partecipanti al concorso ben 24.000 acquistassero i due testi le due case editrici avrebbero un incasso improvviso e imprevisto che in nessuna stima di vendita avrebbero mai preventivato!
Comunque, in nessun concorso pubblico sono stati mai pubblicizzate delle case editrici con richiami specifici ai libri di preparazione con tanto di codice ISBN, di cui uno fantasma!
È possibile sponsorizzare due aziende private a danno di altre case editrici con testi equivalenti in commercio?
Il richiamo ai test citati fa pensare che soltanto questi testi siano idonei per la preparazione concorsuale, il che è inammissibile poichè il mercato dell'editoria sulla preparazione agli esami per OSS ha diversi testi, si potrebbero creare i presupposti per eventuali ricorsi.
Ci si auspica una revisione delle clausole in questione, onde evitare eventuali impugnazioni, i tempi stringono e poichè la selezione non ha precedenti nella nostra regione non solo per i numeri delle domande ma anche per la particolarietà e indispensabiltà della professionalità messa a concorso, ricordiamo che l'OSS è una professione facente parte del comparto sociosanitario (Ddl Lorenzin 22 dicembre 2017) è una figura ausiliaria, nata a seguito dell'accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001 fa parte del comparto sanità, è una figura professionale di supporto all'infermiere e l'infermiere ne è l'unico responsabile diretto, pertanto è inammissibile rischiare rinvii.
Comunque, i libri su cui studiare, sembra, che non siano disponibili da nessuna parte, sono introvabili, quindi, si presume che risulterà favorito, rispetto agli altri concorrenti che non sono riusciti a procurarsi copia dei libri consigliati, colui che è riuscito in tempo utile a procurarseli.
Mentre ci accingiamo a dare l'ok si stampa a Filo diretto un'ulteriore informativa dell'Azienda Riuniti di Foggia sul concorsone per OSS ci aggiunge:
Leggiamo … di seguito un esempio di quesito che andrà a comporre i questionari:
In quale delle seguenti risposte sono indicate correttamente, sia operativamente che cronologicamente, alcune delle fasi appartenenti alla procedura di "Controllo del carrello di emergenza"?
Risposta A.
1) Controllare l'unità portatile di aspirazione
2) Eseguire una prova di occlusione
3) Ispezionare il sistema di erogazione di ossigeno
Risposta B.
1) Eseguire una prova di occlusione
2) Controllare l'unità portatile di aspirazione
3) Inserire subito i farmaci da frigo sul carrello delle emergenze
Risposta C.
1) Ispezionare il sistema di erogazione di ossigeno
2) Posizionare il defibrillatore sul carrello solo in caso di necessità
3) Controllare l'unità portatile di evacuazione
Le riflessioni e le valutazioni, portate alla nostra attenzione da esperti accademici delle discipline sanitarie sui contenuti delle prove riportate come esempio nel comunicato della AUO di Foggia di seguito riportato integralmente è sconcertante:
"Le procedure tecnico-operative riportate nell'esempio e ritenute di cogente conoscenza e competenze per l'Operatore Socio Sanitario, non sono di pertinenza dell'Operatore Socio Sanitario. Si tratta di prestazioni sanitarie che né direttamente, né indirettamente possono essere attribuite all'OSS"
Analizziamo nel dettaglio il quesito posto ad esempio per i partecipanti, cosi come declinato nell'unica risposta esatta, per quanto classificabile in Procedura Tecnico-Operativa:
L'Operatore Socio Sanitario effettua il controllo del carrello di emergenza in cui sono contemplati una unità portatile di aspirazione e un sistema di erogazione ossigeno!?
L'ultima comunicazione a poche ore dalla stampa e a pochi giorni dalla prova è inverosimile.
Un'ulteriore comunicato aggiunge alla collana dei libri consigliati un altro prodotto dalla casa editrice Mcgrawill.
Che dire, solo in Puglia i fantasmi animano le nostre corsie.

IL NEONATO ELGAN

L'assistenza gentile nella prima ora dalla nascita

Domenico **DENTICO**



Francesco **FERRI**

Ogni anno, nel mondo, nascono circa 150 milioni di bambini e circa il 10% sono pretermine (< 37 sett.) (OMS, 2017); lo 0,3 % nasce a una età gestazionale < 28 settimane (Boldrini & Scaramuzzo, 2014) e per questo motivo vengono chiamati ELGANs (Extremely Low Gestational Age Neonates).

I neonati ELGAN, come anche gli ELBW (Extremely Low Birth Weight < 1.000 gr) e i VLBW (Very Low Birth Weight < 1.500 gr), richiedono manovre gentili sin dalla nascita e nella prima ora di vita, definita, proprio, per l'importanza 'Golden hour' (Reynolds et al., 2009), che è il periodo temporale in cui l'équipe medico-infermieristica applica efficacemente i protocolli specifici (Team-Oriented Task-Driven Protocols) (Doyle & Bradshaw, 2012).

Gli obiettivi dell'assistenza gentile, alla nascita, sono diversi; a seguire si riportano i più importanti.

Prima della nascita.

Bisogna avere a disposizione un team work e un leader affiatati, competenti e specializzati che sappiano effettuare un efficace counseling prenatale, organizzare un briefing e un debriefing, comunicare in modo efficace tra loro e con i genitori del neonato, acquisire una documentazione accurata e identificare il professionista che controlli sia il materiale necessario in sala parto (check-list) che il funzionamento delle apparecchiature presenti (Dempsey et al., 2015; JCAHO, Sentinel Event Alert. Issue 30; 2004; NRT, 7ª ed., 2015).

Ritardato clampaggio del cordone ombelicale (Delayed Cord Clampin).

Si raccomanda di clampare il cordone ombelicale dopo 30 secondi nei neonati a termine e pretermine che non hanno bisogno di rianimazione (Rabe et al., 2012; Raju, 2013).

Alcuni Autori (Carroll & Christensen, 2015) hanno sottolineato l'opportunità di effettuare i primi accertamenti microbiologici e biochimici attraverso un prelievo di sangue effettuato dalla parte fetale della placenta, così da ridurre i prelievi ematici al neonato e ottenere rapidamente le risposte dal laboratorio.

Recenti studi, inoltre, stanno valutando la possibilità e l'opportunità di effettuare le manovre rianimatorie a cordone ombelicale intatto, cioè di eseguire una rianimazione bed side (Thomas et al., 2014; Katheria et al., 2016) in una sala parto organizza-

»

ta come una Delivery Room Intensive Care Unit (DRICU) (Vento et al., 2008).

Riduzione della dispersione termica.

Il neonato pretermine è a maggior rischio di dispersione termica per svariati motivi; è necessario, quindi, ridurre le perdite di calore e riscaldare il neonato al fine di mantenere la temperatura corporea tra 36,5°-37,5 °C (Wyckoff et al., 2015), impostando la temperatura della sala parto tra 25°-26°C, accendendo la lampada radiante in anticipo prima della nascita, utilizzando materassini pre-riscaldati e lenzuolini caldi, posizionando il neonato (< 32 sett.), senza asciugarlo, in un sacchetto di polietilene con cappuccio ('Saio') sotto una lampada radiante (Doglioni et al., 2014; Trevisanuto et al., 2010), utilizzando i gas di ventilazione umidificati e riscaldati (Doctor et al., 2017; Tarnow et al., 1989; Todd et al., 2001) ed eseguendo il trasporto in una incubatrice preriscaldata (NRT, 7ª ed., 2015).

Monitoraggio dei parametri vitali.

La misurazione della saturazione va fatta alla mano destra, che misura la % di ossigeno nel sangue prima del dotto arterioso. La valutazione della frequenza cardiaca potrebbe essere effettuata in modo accurato utilizzando un ECG a tre derivazioni (NRT, 7ª ed., 2015).

Aspirazione delle prime vie aeree.

Se non è strettamente necessario bisogna evitare aspirazioni profonde nell'ipofaringe, che potrebbero causare una stimolazione vagale e bradicardia secondaria (Rianimazione Neonatale - SIN, 2015).

Somministrazione di ossigeno.

Si raccomanda, nei neonati meno di 35 sett., se necessitano di rianimazione con ossigeno, di iniziare con 21-30% e di valutare la saturazione pre-duttale (NRT, 7ª ed., 2015). L'obiettivo dell'ossigenoterapia è ottenere una saturazione di ossigeno pre-duttale, secondo le raccomandazioni NRP - Neonatal Resuscitation Program 2015, a 1 min dalla nascita di 60-65%, a 2 min di 65-70%, a 3 min di 70-75%, a 4 min di 75-80 %, a 5 min di 80-85%, a 10 min di 85-95% e successivamente, per i neonati < 32 sett. di 88-94% (Sola, 2014). L'ossigeno è un farmaco e, se somministrato in modo incontrollato, può contribuire alla patogenesi della retinopatia della prematurità (ROP) (Beharry et al., 2016; Cayabyab & Ramanathan, 2016) e della broncodisplasia polmonare (BPD) (Islam et al., 2015; Jain & Bancalari, 2014; Jensen & Schmidt, 2014).

Ventilazione gentile fin dal primo respiro.

In diversi centri si esegue, al momento della nascita di un bambino estremamente pretermine, una inflazione polmonare sostenuta (SLI) con una pressione di 25 cm H2O per 15 secondi (Lista et al., 2015; Ramanathan & Sardesai, 2008; te Pas et al., 2007), tramite mascherina o con cannule nasali corte, come le RAM-cannule (Nzegwu et al., 2015), seguita, se il neonato presenta attività respiratoria spontanea, da ventilazione con nCPAP (nasal Continuous Positive Airway Pressure) tra 6 e 8 cm H2O. Questa strategia è importante per proteggere il polmone, già in sala parto, aiutando il neonato ad eliminare il liquido polmonare, a reclutare gli alveoli, a facilitare la formazione di una capacità funzionale residua (CFR) e di volumi correnti appropriati (4-6 ml/Kg). Il neonato, in reparto, continuerà la nCPAP con pressione iniziale tra 6 e 8 cm H2O secondo il fabbisogno di ossigeno e il drive respiratorio. Se risultasse, nonostante la nCPAP e l'eventuale passaggio in modalità nIPPV (nasal Intermittent Positive Pressure Ventilation), una FiO2 >30% si considererebbe la possibilità di eseguire l'IN.SUR.E (Dani et al., 2010; Polin & Carlo, 2014), cioè l'intubazione del neonato, la somministrazione endotracheale di surfattante esogeno (carente nel neonato pretermine), alla dose di 200 mg/Kg, utilizzando un circuito chiuso (Trach Care), e l'estubazione 'early' in ventilazione non invasiva (Dani et al., 2004).

Verrà somministrata, anche, dose di attacco EV di caffeina citrato a 20 mg/Kg seguita dal mantenimento dopo 24 h a 5 mg/Kg/die (Eichenwald, 2016). Recentemente si è somministrato il surfattante con un approccio meno invasivo, cioè con il metodo LISA (Less Invasive Surfactant Administration) attraverso un sottile catetere (LISAcath) senza utilizzare il tubo endotracheale (Herting, 2013; Göpel et al., 2015).

Stabilizzazione della funzione cardio-circolatoria.
La funzionalità del miocardio e il circolo, nella maggior parte dei neonati, sono mantenuti se è presente una ottimale ventilazione. L'obiettivo della rianimazione è che il neonato raggiunga a 5 minuti una saturazione > 80 % e una FC > 100 b/minuto (NRT, 7ª ed., 2015). Si valuterà, nella prima ora, la pressione arteriosa, in particolare la pressione media perché questa influenza la perfusione cerebrale.
Vengono accettate pressioni arteriose medie nelle prime ore di vita da 26 a 28 mm Hg per neonati di età gestazionali da 24 a 26 settimane (Seri, 2006).
Controllo delle infezioni.
Le infezioni rappresentano ancora una delle principali cause di morbilità e mortalità nel neonato di bassa età gestazionale e di basso peso. E' fondamentale migliorare, quindi, la pratica clinica, usare una meticolosa igiene delle mani, eseguire una corretta inserzione e gestione dei cateteri centrali e ridurre al minimo i prelievi.
Nei casi vi siano fattori di rischio perinatale verrà iniziato, in attesa dell'esito della coltura, un trattamento con doppio antibiotico, ad es. con Ampicillina e Gentamicina (Cloherty e Stark's Manuale di Neonatologia, 8ª ed., 2018).
Riduzione del rischio di emorragia cerebrale intraventricolatri (HIV).
Il neonato prematuro presenta la matrice germinale sottoependimale riccamente vascolarizzata, che può sanguinare facilmente e per questo è indispensabile adottare precauzioni che possano contribuire a ridurre tale rischio, già in sala parto (Raccomandazioni per la Rianimazione Neonatale - SIN, 2015).

"Dopo le prime manovre di rianimazione, bisogna aver cura del neonato garantendogli un ambiente sicuro e tranquillo, un caldo contenimento nel nidino, l'attenuazione delle luci intense, la riduzione del rumore, stress e dolore"

L'ipoglicemia, la somministrazione di fluidi e il supporto alla nutrizione.
I neonati di età gestazionale molto bassa hanno scarse riserve di glucosio (Harris et al., 2012) e bassi livelli di glicemia sono associati ad un aumento del rischio di danno cerebrale (Duvanel et al., 1999; Kerstjens et a., 2012). Quindi bisognerà assicurarsi un buon e rapido accesso venoso, posizionando un catetere nella vena ombelicale, e somministrare una infusione di destrosio in attesa della preparazione di una sacca di alimentazione parenterale totale (APT) per infondere liquidi, destrosio, proteine e lipidi (te Braake et al., 2007; Trivedi et al., 2013).
Indagini di laboratorio.
Le indagini eseguite, con il prelievo dal cordone ombelicale in sala parto (emocromo completo, emocoltura, glicemia, indici di flogosi, elettroliti), verranno completate, nella prima ora, con l'emogasanalisi, l'Htc, monitorando la glicemia (Raccomandazioni per la Rianimazione Neonatale - SIN, 2015) e richiedendo la radiografia del torace.
La care e la comunicazione con i genitori.
Dopo le prime manovre di rianimazione, bisogna aver cura del neonato garantendogli un ambiente sicuro e tranquillo, un caldo contenimento nel nidino, l'attenuazione delle luci intense, la riduzione del rumore, stress e dolore (Cloherty e Stark's Manuale di Neonatologia, 8ª ed., 2018).
La comunicazione con i genitori è un aspetto importante e rassicurante, che include anche informazioni su aggiornamenti delle condizioni cliniche del neonato, su interventi che sono stati eseguiti fino a quel momento e su come procedere nell'immediato e nel futuro.

IL "FINE VITA" E LE D.A.T

Le percezioni dell'universo infermieristico

Annarita **CIOCIA**

Giuseppe **NOTARNICOLA**

Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la legge del 22 dicembre numero 219, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". L'articolo 1 della legge 219 "tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. Il medesimo articolo afferma il diritto di ogni persona "di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi".

Lo studio intitolato il "fine vita" e le D.A.T: le percezioni dell'universo infermieristico, valuta soprattutto quanto è coinvolta la figura dell'infermiere rispetto alle D.A.T (in particolare viene fatto riferimento all'art 5 della legge 219 sulla pianificazione condivisa delle cure), quali sono i suoi obiettivi, le competenze che è necessario acquisire e come questa legge possa influire sull'aspetto emotivo e psico-relazionale dell'infermiere determinando anche il burn-out.
La ricerca è stata effettuata presso l'Ospedale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti e l'Hospice "Aurelio Marena" di Bitonto. Benché le due strutture si occupino di pazienti con problematiche ed esigenze ben differenti, penso che ad oggi qualsiasi infermiere debba essere formato e informato sulle esigenze di un paziente cronico-terminale che si ampliano al di là della sola pratica assistenziale. Per l'indagine è stato utilizzato un questionario compilato dagli infermieri e dai relativi coordinatori dei reparti di medicina, geriatria, dialisi, ambulatorio oncologico e dell'Hospice. Il questionario è stato suddiviso in tre parti fondamentali:

1. Anni di servizio, titolo conseguito e corsi post lauream.
2. Grado di conoscenza del tema, la legge e la centralità del ruolo infermieristico rispetto a queste tematiche.
3. Coinvolgimento psico-relazionale dell'infermiere e possibile burn-out.

La raccolta dei dati, è avvenuta mediante interviste, previo consenso dell'interessato. Dalla raccolta dei dati e dalla loro successi-

va elaborazione sono emersi dei risultati su cui non solo è importante fare delle considerazioni ma porsi degli interrogativi.
Presso l'Ospedale Miulli, seppur il 90 % degli infermieri intervistati sa cosa siano le D.A.T, risulta non essere a conoscenza della legge numero 219 e della sua approvazione il 31 dicembre 2017. Sebbene questo dato possa essere legato esclusivamente al contesto in cui è stata fatta la rilevazione è bene affermare che circa l'80 % degli infermieri spesso è a contatto con il "processo del morire" e seppur questo dato sia rilevante, ad oggi l'infermiere non risulta né informato né formato riguardo questa tematica. A confermare questi dati non positivi, presso l'Ospedale Miulli il 25 % degli infermieri intervistati non ha avuto modo di confrontarsi con il paziente riguardo le D.A.T perché si considerava "poco informato" e il 40% degli infermieri è assolutamente convinto che questo tema riguardi esclusivamente il medico.
Totalmente in contrasto sono i dati rilevati presso l'Hospice Aurelio Marena dove, il personale non solo è a conoscenza della legge ma è cosciente del ruolo infermieristico in questa tematica.
Dall'approvazione della legge ad oggi non è stata fatta piena chiarezza in merito a questo argomento, infatti, per l'infermiere può diventare quasi confusionario rispecchiarsi in questo nuovo ruolo ed è proprio per tale ragione che la "condivisione" di informazioni e la in-formazione può rappresentare per l'infermiere l'opportunità di non essere configurato come un gestore di "mansioni" ma di rivelarsi un vero professionista multidisciplinare.
La ricerca ha posto al centro dello studio il paziente cronico-terminale. Spesso gran parte dei pazienti non è a conoscenza dell'evoluzione della propria patologia, dei possibili trattamenti che potrebbero effettuare e alcuni non sanno neppure di essere portatori di un diritto fondamentale: decidere sul proprio fine vita.
Negli ultimi anni in Italia il rapporto medico-infermiere ha raggiunto importanti sviluppi (almeno in alcuni contesti…), non parliamo più di una scala gerarchica ma di una cooperazione più indipendente e responsabile dei ruoli professionali. Nella rapida evoluzione del sistema sanitario la collaborazione fra professionisti delle cure richiede non solo praticità ma flessibilità. È necessario che i professionisti della salute collaborino al fine di migliorare la risposta sanitaria. Oltre al codice deontologico dell'infermiere, ulteriore normativa (profilo professionale dell'Infermiere, D.P.R n.739/1994, il patto infermiere-cittadino, Legge n 42/99, Legge 251/2000) riconosce che la professione infermieristica ha lo scopo di curare il paziente in cooperazione con altre figure professionali e richiama tutti gli "attori" ad una maggior collaborazione. Una mancanza di partecipazione può essere causa di problemi sulla qualità, sicurezza ed efficacia dell'assistenza e fonte di insoddisfazione professionale e demotivazione per la carriera infermieristica.
L'infermiere non rappresenta una figura a sé ma, diventa un sostegno importante che non interferisce con le scelte del paziente ma le ascolta e le condivide con l'equipe determinando una pianificazione condivisa e personale rispetto a quelle che sono le esigenze dell'ammalato.
In merito alle volontà di un paziente, in un contesto cronico-terminale cosa fa l'infermiere, cosa è chiamato a dare? L'infermiere aiuta il paziente e i familiari a comprendere oneri e benefici delle alternative di trattamento, comunica con l'assistito e familiari adottando un tipo di informazione standard, effettua debriefing con il personale di cura per comprendere e puntare al raggiungimento degli obiettivi e il livello di comprensione dei parenti, identifica un referente fra i familiari e uno fra l'equipe curante che fungano da portavoce, prepara il paziente e la famiglia al processo di morte anche attraverso l'impiego di documentazione scritta enfatizzando gli aspetti positivi, garantisce la continuità assistenziale, illustra i tipi di interventi possibili per alleviare il dolore, utilizza scale di valutazione appropriate (dolore, sedazione, ansia…), riduce gli stimoli ambientali ed i rumori, riduce/annulla, su indicazione dei medici, procedure non necessarie (es. esami di laboratorio, etc.), aiuta paziente e familiari a comprendere oneri e benefici delle alternative di trattamento?
Questi sono solo alcuni dei quesiti ai quali l'infermiere è chiamato a dare risposte appropriate.

SINDROME DI BRUGADA

Francesca MASTRANDREA

Un cortocircuito che spegne il cuore, stroncando giovani nel pieno della vita fulminati all'improvviso, magari sotto i riflettori di una partita di calcio. È la sindrome di Brugada, fra le prime cause di morte improvvisa, protagonista di uno studio pubblicato sul "Journal of the American College of Cardiology" dal team di Carlo Pappone dell'Irccs Policlinico San Donato a Milano. Nel lavoro, l'aritmologo, "elettricista del cuore", svela il meccanismo all'origine della Brugada: una bomba ad orologeria che lo specialista è riuscito a disinnescare grazie ad un intervento descritto nel 2015 su "Circulation EP" insieme a Josep Brugada, che nel 1992 con il fratello Pedro definì e prestò il cognome alla malattia. La sindrome di Brugada è una malattia geneticamente determinata che predispone al rischio di aritmie ventricolari maligne e può essere causa di morte improvvisa in giovani adulti con cuore strutturalmente sano. A livello epidemiologico gli uomini manifestano la malattia più frequentemente delle donne (difficilmente questa sindrome si manifesta in età pediatrica) ed ha una prevalenza stimata di 5 su 10.000 con una trasmissione autosomica dominante: ciò significa che la probabilità di trasmettere la patologia è del 50% ad ogni gravidanza. Il principale gene alla base di questa malattia è SCN5A, che codifica per il canale del sodio all'interno delle cellule cardiache. Data l'origine genetica della sindrome, indagare sulla storia familiare è molto importante. I pazienti con sindrome di Brugada possono avere storia familiare positiva per morte improvvisa in età giovanile (cioè un'età inferiore ai 50 anni) per cause non note, familiari a cui è stata posta diagnosi di epilessia (non per una associazione tra le due malattie, ma per la possibile confusione tra episodi epilettici e sincopi aritmiche) oppure storia di aborti tardivi in famiglia. Di fondamentale importanza è l'aspetto dell'elettrocardiogramma caratterizzato da un sopraslivellamento del tratto ST nelle derivazioni precordiali di destra (V1-V2-V3, al quarto spazio intercostale a destra e sinistra dello sterno). Il sopraslivellamento del tratto ST tipico è detto "a tenda", in quanto tende a discendere in linea retta fino a oltrepassare la linea isoelettrica e continuarsi con una onda T negativa. Il pattern a tenda è definito di tipo 1. Esistono i pattern tipo 2 con un sopra ST a concavità superiore di entità superiore a 1 mm e di tipo 3 con sopraslivellamento inferiore a 1 mm (cosiddetto aspetto "a sella". Un singolo paziente può presentare in diversi momenti diversi aspetti ECGgrafici, di cui il tipo I è ritenuto diagnostico. La manifestazione elettrocardiografica nei soggetti affetti non è costante, caratteristica che rende problematica la diagnosi di questa condizione. Quando un medico ha posto il sospetto di sindrome di Brugada, è necessario eseguire altri accertamenti tra cui ecocardiogramma (per escludere che le alterazioni elettrocardiografiche siano secondarie a cardiomiopatie), test da sforzo e holter ECG delle 24

ore a 12 derivazioni. Determinante per questa sindrome è una diagnosi tempestiva.
Già in seguito a questi accertamenti è talvolta possibile porre la diagnosi di sindrome di Brugada. In questo caso si parla della presenza di "pattern diagnostico spontaneo". Tuttavia nella maggior parte dei casi ciò non si verifica ed è pertanto necessario ricorrere a un test farmacologico che consente di escludere la presenza di Sindrome di Brugada o di confermare la diagnosi. Questo test si chiama "test alla Flecainide o all'Ajmalina": si esegue in regime di day hospital e prevede l'infusione della durata di 10 minuti di Flecainide o Ajmalina, farmaci che in presenza della malattia fanno emergere il profilo elettrocardiografico diagnostico. Questo test non ha la finalità di provocare aritmie. I pazienti affetti da SB si classificano in tre gruppi principali:

1. *Pazienti ad alto rischio:* sono quelli che sono sopravvissuti ad un arresto cardiaco, o che presentano all'ECG basale un sopraslivellamento del tratto ST e che hanno in anamnesi un episodio sincopale. Nella nostra popolazione il 10% dei pazienti sono rientrati in questa categoria e vanno considerati come candidati all'impianto del ICD.
2. *Pazienti a rischio intermedio:* sono i pazienti che manifestano un sopraslivellamento spontaneo del tratto ST, senza storia di eventi sincopali. Presentano una tendenza ad avere un aumentato rischio, ma non statisticamente significativo. Nella nostra popolazione questo gruppo include il 41% dei pazienti: la loro gestione clinica rimane empirica.
3. *Pazienti a basso rischio:* sono i pazienti con fenotipo negativo o pazienti che mostrano un ECG diagnostico solo dopo test provocativo: questi pazienti rappresentano il 49% della popolazione in studio, hanno una prognosi probabilmente favorevole e vengono considerati come tali fino all'eventuale comparsa di indici prognostici negativi (eventi sincopali associati ad aritmie documentate, comparsa di pattern elettrocardiografico spontaneo).

La Sindrome di Brugada non ha una progressione clinica definita, quindi un paziente può anche mantenersi nella fascia di basso rischio aritmico per tutta la vita oppure possono rendersi palesi alcune caratteristiche che dimostrano che il livello di rischio è cambiato ed è per questo che è molto importante eseguire i controlli cardiologici programmati. Una terapia farmacologica con una provata efficacia nell'aumentare la sopravvivenza nei pazienti con SB non è al momento disponibile. Nei pazienti in cui il rischio non è così alto da richiedere l'impianto di un defibrillatore, ma nemmeno così basso da richiedere un semplice follow-up, nel Centro Aritmie Genetiche Auxologico viene valutata l'opzione farmacologica con chinidina. L'amiodarone ed i betabloccanti non hanno mostrato alcun effetto positivo. L'unico trattamento con provata efficacia oggi disponibile è l'impianto di un defibrillatore automatico (ICD). Questo tipo di intervento comporta però un deterioramento della qualità di vita dei pazienti (presenza di corpo estraneo, parziale limitazione di alcuni movimenti dell'arto superiore vicino all'impianto, rottura dei cateteri, infezione della tasca che accoglie il defibrillatore, scariche inappropriate e malfunzionamenti). L'Area Genetica di AIAC ha quindi progettato uno studio osservazionale utile a realizzare un Registro Italiano relativo a questa condizione. Il Registro AIAC prevede il reclutamento di 500-1000 pazienti affetti da sindrome di Brugada, asintomatici e con pattern di tipo 1 spontaneo. Il controllo è fondamentale per la diagnosi precoce delle aritmie ventricolari e per permettere una rapida impostazione di trattamento adeguato nei sintomatici. Con questo progetto ci si aspetta che possano beneficiarne anche i pazienti asintomatici per il miglioramento del controllo clinico secondario alla ottimizzazione dei tempi di visita e la conseguente riduzione dei costi dell'assistenza. L'evidenza di brevi aritmie non sostenute potrebbe essere un indicatore di instabilità elettrica e quindi spia di maggior rischio aritmico. Se così fosse, questo potrebbe guidare le decisioni terapeutiche successive. Inoltre, la grande dimensione della popolazione afferente al registro fornirà adeguato potere statistico per sfruttare la raccolta delle moltissime informazioni cliniche al fine di poter finalmente uniformare la gestione dei pazienti con sindrome di Brugada. Risulta dunque difficile l'approccio a questa sindrome ma l'informazione è fondamentale. La conoscenza di questa patologia può essere di aiuto per una fondamentale prevenzione primaria e risorsa preziosa che potrebbe salvare una vita.

L'ECOGRAFIA INFERMIERISTICA NEL TRIAGE

Inquadramento e gestione dell'urgenza

Sabrina **FABIANO**

Maria del Rosario **OCCHIONIGRO**

Il trauma addominale rappresenta una causa di accesso frequente in pronto soccorso e nei dipartimenti di emergenza di tutto il mondo. Il trauma addominale suona come un insidia costante in termini di morbilità e mortalità di questa categoria di pazienti. Tra le cause determinanti di outcome sfavorevoli, la gestione non ottimale, per ritardi ed inadeguate centralizzazioni, l'emoperitoneo risulta essere al primo posto, segue il fattore tempo che continua a giocare un ruolo determinante secondo la regola della "Golden hour". Nel corso degli ultimi decenni si è via via affermato l'impiego degli ultrasuoni mirati alla identificazione delle raccolte fluide all'interno del peritoneo o di altre cavità sierose dell'organismo come il pericardio o la pleura. La Focused Assesment Sonography For Trauma (FAST) rappresenta una sorta di best practice per medici e chirurghi d'emergenza. A riguardo, negli ultimi tempi, si è aperto un dibattito sulle competenze infermieristiche e tutto ciò trova attuazione nel comma 566 della legge di stabilità n° 201 che stabilisce come l'infermiere sia responsabile del processo assistenziale prevedendo l'acquisizione di competenze avanzate specialistiche al passo con l'evoluzione tecnico e scientifica. Con queste premesse appare logico che lo sviluppo tecnologico debba essere acquisito dall'infermiere che può far proprie metodiche finora collegate alla figura medica, come l'utilizzo dell'ecografo. L'errore che però non deve essere fatto è quello di sovrapporre le competenze: sia il medico che l'infermiere possono usare l'ecografo ma in ambiti diversi. In campo sanitario l'ecografia viene distinta in ecografia diagnostica ed ecografia interventistica od operativa. Delle due applicazioni, attualmente, la seconda è quella più sviluppata in ambito infermieristico: già da tempo, infatti, l'ausilio ecografico viene utilizzato dagli infermieri per l'inserimento di cateteri PICC, Midline al punto che si stanno diffondendo team interamente infermieristici per il loro posizionamento con ottimi risultati in termini di successo, di sicurezza e di basso rischio di complicanze. Per quanto riguarda la funzionalità diagnostica si è affermato l'impiego degli ultrasuoni nel paziente politraumatizzato per poter scongiurare un out come sfavorevole conseguente alla grave compromissione delle funzionalità vitali, individuando velocemente i pazienti che devono essere indirizzati alla sala operatoria immediatamente. In chiave di metodica la FAST si concretizza in una sequenza standardizzata di finestre che guardano alcuni punti sensibili delle sierose all'interno del peritoneo, dove spesso si evidenzia la presenza di fluido nel politraumatizzato: ricerca del

versamento pericardico e stima delle capacità di contrazioni del miocardio; ricerca di versamento nella tasca di Morrison, nella regione sovra epatica e nel seno costo diaframmatico di destra; ricerca di versamento nell'area perisplenica e nel seno costo diaframmatico di sinistra; ricerca di versamento nello spazio di Douglas. La procedura su un processo di apprendimento rapido ed un tempo di esecuzione minimo senza alcuna preparazione per il paziente. L'infermiere, può quindi ricorrere alla valutazione FAST nella gestione del paziente politraumattizato per identificare versamenti addominali in cavità peritoneali, ma anche versamenti a livello toracico quali pericardico e pleurico e la ricerca del PNX. L'ecografia nel trauma ha un valore predittivo negativo del 99%. In questo step la metodica ecografica può ritrovare le seguenti applicazioni:

- Valutazioni di possibili fratture di sterno, coste o ossa lunghe.
- Controllo di PNX dopo decompressione/drenaggio toracico o di possibile PNX occulto.
- Ricerca di lesioni parenchimali di organi addominali, potenziali fonti di emorragia interna.
- Studio dei tessuti molli per la presenza di ematomi, enfisema sottocutaneo.
- Posizionamento di accessi vascolari in pazienti con patrimonio venoso compromesso.
- Posizionamento del catetere vescicale.
- Controllo del posizionamento del SNG. Controllo del posizionamento del tubo endotracheale.

La FAST ha dei limiti che non possono essere sottovalutati come la sensibilità per le lesioni parenchimatose e soprattutto viscerali addominali non associate ad emoperitoneo in quanto molto scarsa in confronto ad altre metodiche (RMN e TAC). Inoltre, l'area subfrenica è difficile da studiare a causa del gas intestinale come anche un trauma del retro peritoneo (emorragia da frattura del bacino, trauma renali) si può associare a versamenti peritoneali che non sono espressione di trauma parenchimatoso ma che giungono in cavità per filtrazione dal peritoneo parietale. In conclusione la valutazione che l'infermiere ottiene mediante la metodica ecografica è finalizzata a riconoscere precocemente situazioni patologiche potenzialmente od effettivamente critiche. Inoltre permetterebbe di ridurre notevolmente i tempi in situazioni in cui ogni minuto guadagnato è una possibilità di sopravvivenza.

La strada da percorrere per ufficializzare e trovare in Italia un infermiere con competenze, riconosciute, ecografiche è ancora lunga, ma esistono i presupposti che questo in un futuro non lontano possa fare la differenza.

L'ONORIFICENZA AL MERITO (OMRI) CONFERITA DAL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA SERGIO MATTARELLA

Il capo dello Stato ha insignito onorificenze al Merito della Repubblica Italiana a cittadine e cittadini che si sono distinti per l'impegno nella solidarietà, nel soccorso, per l'attività in favore dell'inclusione sociale, nella tutela dei minori, nella promozione della cultura e della legalità, per avere reso migliore il nostro Paese. E tra gli esempi presenti nella società civile e nelle istituzioni di dedizione al bene comune, il capo dello Stato ha inserito anche Vincenzo Cuccovillo (nato a Bari il 31/01/1969). Con Decreto del Presidente della Repubblica del 2 giugno 2018 (Pubblicato su Gazzetta Ufficiale n° 182 del 7 agosto 2018 – Supplemento Ordinario n° 36, Registrato nell'Albo dei Commendatori al n° 991 Serie VI della Prefettura di Bari) è stata conferita l'Onorificenza di "Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana" al Dott. **Cuccovillo Vincenzo**, per i meriti acquisiti in ambito professionale e sociale, in quanto da sempre attento alle tematiche di vulnerabilità e fragilità sociali. Il riconoscimento a Vincenzo Cuccovillo rappresenta davvero un motivo di grande orgoglio per tutta la Professione Infermieristica. Infatti, ci risulta che dal 1954 (anno di istituzione degli albi Professionali) ad oggi è la prima onorificenza di Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica concessa ad un Infermiere. Il suo impegno in questi anni a favore di chi più ha bisogno rappresenta un esempio di solidarietà e inclusione vere, concrete, realizzate nei fatti e non a parole. Auguri al Commendatore per la prestigiosa onorificenza della nostra Repubblica.

MEDICAZIONI AVANZATE

Anna Grazia **DE MUSSO**

Annalisa **ALLEGRETTA**

I professionisti della salute spesso si trovano davanti a pazienti con o che sono a rischio di lesioni cutanee e che frequentemente hanno difficoltà a districarsi fra gli innumerevoli dispositivi medici che il mercato propone. Il mercato delle medicazioni è in forte evoluzione producendo annualmente decine e decine di dispositivi, che variano per dimensione, forma e composizione di principi attivi.

Innanzitutto, bisogna differenziare le medicazioni avanzate dalle medicazioni tradizionali, che coprono la lesione proteggendola dagli agenti esterni senza interagire con la stessa, come invece fanno le prime che interagendo con le lesioni cutanee creano e mantengono un microambiente ottimale, idoneo ad accelerare il processo riparativo fisiologico.

Per medicazioni classiche si intendono: garze, garze grasse.

Mentre, le medicazioni avanzate possiamo riassumerle in cinque macrocategorie: idrocolloidi, idrogeli, alginati, idrofibre e schiume in poliuretano.

Gli *idrocolloidi* contengono miscele di polimeri idrofili (in particolare carbossimetilcellulosa o CMC) e sono presenti con dimensioni, proprietà adesive e formati molto differenti, comprendenti polveri paste e adesivi.

Applicate sulle soluzioni di continuo, possono assorbire da minime a moderate quantità di essudato e formano una barriera ai liquidi e ai batteri, mantenendo il letto della ferita umido e termicamente isolato. In tal modo può essere anche promosso il fenomeno autolitico.

Questa medicazione è indicata in ferite scarsamente essudanti al fine di favorire il debridement autolitico, anche in presenza di escara o necrosi.

È invece sconsigliata nelle lesioni con molto essudato, con tratti sinuosi o infezioni o in presenza di cute perilesionale fragile.

Gli *idrogeli* di solito sono medicazioni sotto forma di gel amorfi a base di acqua o glicerina e spesso di glicol-propilene.

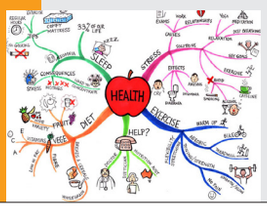
Possono presentarsi anche su garze impregnate o medicazioni in placca.

La percentuale di acqua in essi presente è molto variabile, va da un minimo di 50% fino al 90%.

Applicati su letti di ferita necrotici, provocano un'idratazione massiva del tessuto necrotico, favorendo una rapida autolisi, infatti sono indicate principalmente per lo sbrigliamento o debridement autolitico. Pertanto sono indicate per lesioni con scarso es-

Scelta della medicazione più idonea							
Tipologia	**Aspetto del letto della ferita**				**Aspetto del tessuto di granulazione**		
	Nero (necrotico)	Giallo (asciutto)	Slough (umido)	Rosso (infetto)	Rosso (umido)	Rosso (sanguinante)	Rosa/Rosso porpora
Garza paraffinata			+		++	++	++
Schiuma in poliuretano			++	++	+++		
Idrofibra			+++	++	+++	+	++
Alginato			+	+++	+++	+++	
Idrocolloide	++	++			+		
Idrogel	+++	+++			++		++

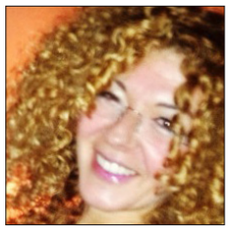
sudato e controindicate in presenza di lesioni iperessudanti e di lesioni ischemiche.
Questo tipo di medicazione può causare macerazione e se non viene coperta si disidrata facilmente.
Occorre porre attenzione nel loro impiego in caso di infezioni, in quanto a causa della saturazione di acqua sono potenzialmente occlusive.
Gli *alginati* derivano dalle alghe brune ed hanno una forte azione assorbente, infatti un alginato è in grado di assorbire fino a venti volte il suo peso.
Gli ioni calcio della medicazione interagiscono con gli ioni calcio della lesione, così da formare un gel morbido che mantiene umido il letto della ferita.
I prodotti a base di ioni calcio possono avere azione favorente il processo di coagulazione e attraverso la loro azione permettono l'assorbimento e la lisi di strati di slough e fibrina.
Questo tipo di medicazione è invece sconsigliata in lesioni con essudato lieve o escara secca, infatti sono prodotti no selettivi che assorbono ogni elemento acquoso presente sul letto della lesione e pertanto posso disidratare il letto della ferita stessa.
Le *idrofibre* sono fibre non tessute di carbossimetilcellulosa sodica in grado di assorbire rapidamente e di trattenere liquidi.
Sono medicazioni flessibili conformabile a vari tipi di lesione (anche cavitarie), possono essere sottoforma di compresse piane, nastri o tamponi.
Le fibre mantengono la loro integrità allo stato di gel, facilitando la rimozione integrale. Sono indicate in ferite con moderato o abbondante essudato, anche in fase di granulazione ma non posseggono capacità emostatica. Riducono il rischio di macerazione della cute perilesionale assorbendo l'essudato verticalmente senza propagarlo lateralmente.
Non è indicata per lesioni necrotiche, senza essudato o per la profilassi delle lesioni cutanee. Le schiume di poliuretano assorbono quantità notevoli di essudato e possono essere di vario spessore ed essendo antiaderenti non comportano traumatismi durante la loro rimozione.
Alcune hanno un bordo adesivo e possono avere una pellicola di rivestimento che funge da ulteriore barriera antibatterica.
Queste medicazioni sono prodotte sotto forma di tamponi, compresse o cuscinetti per cavità; possono avere forme diverse ed esistono sagome per talloni, zone sacrali o preformati per l'inserimento in cavità.
Anche questa medicazione non è efficace in caso di escara secca.
Per quanto riguarda la frequenza del cambio di medicazione va eseguito da 3 a 7 giorni a seconda dell'essudato e delle linee guida del produttore.
Se sono necessari cambi di medicazioni quotidiani, bisogna riconsiderare l'appropriatezza di questo approccio perché queste medicazioni sono progettate per un uso prolungato di massimo sette giorni.
Le aziende che producono medicazioni si sono accorte che la stessa lesione ha bisogno nello stesso momento di risolvere più problemi, da qui nascono le medicazioni combinate come per esempio idrocolloidi o alginati con argento, schiume combinate con idrofibre, ecc…
Per ultimo c'è da sottolineare che una singola medicazione non è efficace con la stessa intensità nelle varie fasi del processo di riparazione tissutale.
L'impiego corretto della medicazione non può e non deve essere l'unica misura terapeutica.



IL RISCHIO DEL PIACERE NELLE DIPENDENZE

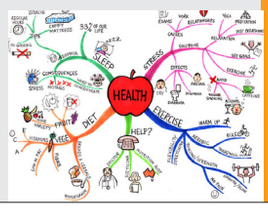
Il piacere e la dipendenza: due concetti collegati tra loro

Elena **CHIEFA**

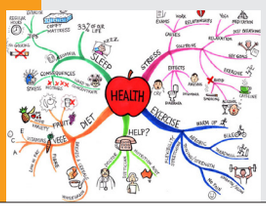


Carmela **DORIA**

Le dipendenze patologiche, fino a qualche anno fa, erano rappresentate dagli stupefacenti, dall'alcool. Il termine dipendenza, ha avuto un'evoluzione storica: dall'antica Roma dove per dipendenza si indicava la condizione di schiavitù di un soggetto a seguito della contrazione di debiti, al Novecento per indicare la condizione di schiavitù dalle droghe. La dipendenza indica uno stato di malessere sociale, di disagio psichico, una fuga dalla realtà, mettendo in atto comportamenti quali uso eccessivo di internet, shopping compulsivo, ludopatia, ricerca esasperata di cibo. Trasgredire le regole, soprattutto in giovane età, può essere considerato naturale. Tuttavia, se certi atteggiamenti diventano abitudini, questo potrebbe portare ad una serie di disagi, causando squilibri fisici e cognitivi. La dipendenza, è un'alterazione del comportamento che da semplice o comune abitudine diventa una ricerca esagerata e patologica del piacere attraverso mezzi o sostanze o comportamenti che sfociano nella condizione patologica. La dipendenza patologica secondo l'OMS, è "quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivata dall'interazione fra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comportano sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico allo scopo di provare i suoi effetti psicologici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". Con il termine dipendenza patologica da sostanze si fa riferimento alla condizione di subordinazione del benessere psicofisico di un individuo all'assunzione, più o meno regolare, di una sostanza esogena con specifici effetti farmacologici, prevalentemente psicotropi e certamente dannosi per il sistema nervoso e l'organismo nel suo insieme. Tutto questo, ha reso l'argomento della dipendenza da sostanze oggetto di studio e di interesse da parte di istanze scientifiche e culturali profondamente diverse tra loro, quali: la neuro-biologia, la farmacologia, la psichiatria, la psicologia, l'antropologia e la sociologia. L'origine della dipendenza da sostanze è influenzata da differenti fattori, principalmente rappresentati da vulnerabilità psico-biologica dell'individuo, effetti farmacologici delle sostanze d'abuso, fattori socio-ambientali. Si è, inoltre, potuto osservare che particolare rilevanza nell'iniziazione all'utilizzo di sostanze è rivestita dai fattori genetici che designano genotipi di individui con tendenze antisociali e scarso interesse nella ricerca della novità ma re-



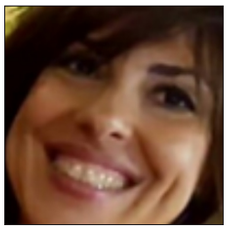
sta di fatto che l'abuso e la dipendenza da sostanze non sono assolutamente correlati a fattori genetici. Uno studio svolto negli USA da Sadock et al, nel 2007 evidenzia quanto importanti siano le strategie di prevenzione primaria e, dunque, di formazione e informazione degli adolescenti, soprattutto gli individui tra i 12 e i 14 anni, considerato che dalla stessa ricerca è emerso quanto precoce sia il primo approccio con l'uso e la dipendenza di sostanze dannose. Si è osservato che oggigiorno si ricorre maggiormente al poliuso, ossia l'utilizzo di differenti sostanze che per causa sommatoria degli effetti creano un vero e proprio mix stupefacente e deleterio, per non menzionare le droghe sintetiche che, come detto dal termine stesso, sono prodotte mediante l'utilizzo di sostanze chimiche altamente pericolose. La parola Droga, dal punto di vista semantico deriva dall'olandese "droog" cioè secco, e in passato indicava i barili, di sostanze secche importate dalle indie orientali, che contenevano vegetali essiccati dai quali si estraevano medicamenti e spezie che tuttora sono chiamate "droghe". Quindi, droga è qualsiasi sostanza vegetale aromatica atta ad insaporire cibi e bevande (pepe, cannella, chiodi di garofano, noce moscata, zafferano, ...); qualsiasi corpo o sostanza animale o vegetale, organizzata o meno, che contenga un principio biologicamente attivo. Nel linguaggio corrente per droghe si intendono sostanze, usate ripetutamente a scopo voluttuario, capaci di generare allucinosi e dipendenza psichica e somatica dell'individuo verso la sostanza, con l'insorgenza precoce o tardiva di una forma di intossicazione cronica. Comunemente con la parola "droga" si intende ogni sostanza chimica, naturale o artificiale che ha caratteristiche psicoattive o fisioattive o psico/fisioattive, cioè "che modifica la psicologia o l'attività fisica e mentale degli esseri umani" e che può indurre uno stato di dipendenza (definizione dell'OMS). Una sostanza, quindi, capace di provocare cambiamenti organici o psichici o di entrambi i tipi. Cioè, qualsiasi sostanza che, introdotta in un organismo vivente, può modificarne le capacità percettive, emotive, cognitive o motorie. Quindi, con il termine droga possiamo indicare tutte le sostanze, naturali o artificiali che modificano il funzionamento del sistema nervoso e che in genere agiscono sulle sinapsi, alterando la trasmissione dell'impulso nervoso e provocando danni gravissimi, spesso irreversibili ai tessuti nervosi.Inoltre, è possibile anche riconoscere una dipendenza senza sostanze: shopping compulsivo, dipendenze tecnologiche, gioco d'azzardo patologico, dipendenza da esercizio fisico, disturbi del comportamento alimentare, dipendenza affettiva. Da quanto detto emerge che il consumo di droghe da parte degli umani è fondato su alcuni punti chiave: evitare/diminuire il dolore fisico e psichico, ricercare/esaltare il piacere fisico e psichico, migliorare le prestazioni funzionali, fisiche e mentali. Sia il dolore sia il piacere sono fenomeni fisiologici che hanno un significato nella vita dell'uomo. Il dolore è un segnale importante che indica che sta accadendo qualcosa di pericoloso, di nocivo e che conseguentemente bisogna provvedere per fermare il processo in atto. l dolore è un segnale che ci permette di evitare situazioni pericolose, potenzialmente mortali. Il piacere è un incentivo per attività necessarie alla sopravvivenza e al benessere dell'individuo e della specie come ad esempio il piacere del cibo, dell'alimentazione; per attività necessarie alla riproduzione e al mantenimento della specie come il piacere del sesso; per attività necessarie alla sopravvivenza e al benessere e al progresso della comunità, nonché all'affermazione della persona come il piacere della vittoria, della scoperta, della conquista, dell'avventura. Il piacere ha una funzione equilibratrice sulla psiche delle persone, migliorandone il benessere e il funzionamento personale e sociale. L'infermiere in questo contesto svolge un ruolo educativo di fondamentale importanza; è come se egli stesso rivestisse i panni di "promotore della salute" ed in questo ambito rendesse inevitabile, dunque, ristabilire un equilibrio dei fattori protettivi che determinano un coinvolgimento familiare, sociale e quotidiano del giovane adolescente, tra cui ricordiamo: vita familiare stabile, in cui regni perlopiù un clima di serenità; forte legame genitore-figlio; controllo genitoriale riguardante la vita sociale e i risultati scolastici del figlio; gruppo di coetanei con comportamenti conformi a quelli indicati dalla famiglia e dalla scuola.



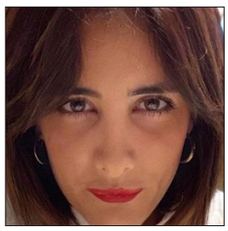
GLI ASPETTI POLIMORFI DEL PIACERE DA DIPENDENZA

Il particolare intreccio tra le percezioni, le sensazioni e le rappresentazioni proprio di ciascun consumatore

Mariella* ASTOLFI



Fabiana LATELA

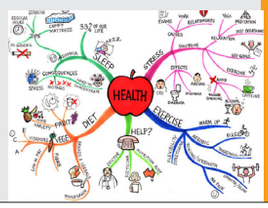


Quanto la comunic-AZIONE efficace, responsabile e consapevole influisce sul benessere nostro e su quello delle persone a noi care?

"Le persone si dimenticheranno ciò che abbiamo detto o fatto, ma non dimenticheranno mai il modo in cui le abbiamo fatte sentire".

Il piacere, insieme alla rabbia, alla paura e al dolore, è una delle quattro sensazioni di base che costituiscono il nostro sistema "percettivo-reattivo". L'ambito del piacere racchiude moltissime emozioni e sensazioni differenti: desiderio, gioia, passione che molto spesso, se mal gestite, strutturano delle vere e proprie dipendenze, fondate sulla reiterata incapacità di non reagire.

Le dipendenze possono essere molteplici e disparate, dalla dipendenza affettiva, alla dipendenza da sostanze, al sesso, all'alcol. Si tratta di trappole costruite da una continua e soffocante serie di abitudini comportamentali e mentali che gradualmente e inesorabilmente, finiscono per condizionare l'intera esistenza. Il piacere potrebbe trasformarsi in una vera e propria condanna che sottrae la libertà al malcapitato, la cui vita inizia ad essere scandita da tempi e condizioni che sfuggono al suo controllo e che non riesce più a modificare in maniera autonoma. Innescatosi il circolo vizioso della dipendenza sarà impossibile vivere sensazioni ed emozioni gratificanti. Il viaggio nella "terra del piacere" risulterà pieno di insidie, non solo per i viaggiatori meno esperti, ma anche per i cosiddetti "navigati", che rimarranno inevitabilmente spiazzati dagli ingredienti magici di questa forma di dipendenza: il piacere dell'inaspettato, dell'inatteso, dell'imprevisto. Scatta il bisogno di gestire la sensazione incontrollabile, senza soluzione di continuità in quanto ogni gratificazione portatrice di piacere scaricherà la tensione, ma contestualmente aprirà le porte a nuove situazioni pregne di desiderio. Il pensiero ricorrente è quello di essere in grado di poter smettere in ogni momento, ma inesorabilmente si giunge ad un punto in cui emerge la sgradevole sensazione prodotta dall'eccesso di trasgressione. Tutto inizia a ruotare intorno ai bisogni da colmare, ai vuoti da riempire in maniera compulsiva. In che modo sarà possibile trasformare il circolo vizioso in circolo virtuoso? La comunic-azione, intesa come la prima fondamentale azione dell'essere umano, si rivela una strategia vincente al fine di indurre e condurre "l'irretito" dal piacere a compiere una prima, piccola differente azione che lo liberi dalla prigione della dipendenza. Attraverso modalità compor-

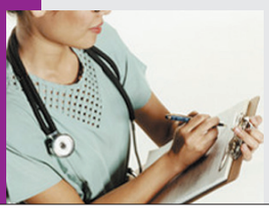


tamentali differenti, si giunge all'apprendimento di nuove capacità, prendendo contestualmente coscienza dei meccanismi e dei comportamenti altamente disfunzionali che reggono la dipendenza, spesso alimentati da tentativi errati di soluzioni fallimentari messi in atto fino a quel momento. Questa è la "magia" che può operare un processo di comunicazione: "le parole erano originariamente incantesimi". Con le parole l'uomo può rendere felice il prossimo o spingerlo alla disperazione; l'insegnante trasmette il suo sapere agli alunni; il genitore educa i propri figli. Le parole suscitano emozioni e sono il mezzo generale con cui gli uomini si influenzano reciprocamente: spetta a noi decidere in che modo voler utilizzare il linguaggio e per quale fine, perché comunicare non è semplicemente parlare. Comunicare è parlare e ascoltare con il cuore, da quella "postazione interiore" arredata da percezioni, emozioni, stati d'animo: il risultato è il "sentire", che batte sempre sul traguardo il "capire". Comunicare diventa una danza tra un linguaggio di tipo logico-digitale (che spiega, descrive e trasmette informazioni), e un linguaggio di tipo performativo-ingiuntivo, fatto di simboli, immagini, racconti, aneddoti, storie, aforismi, in grado di far "sentire", ossia di suscitare un differente effetto emozionale. Sono le emozioni il carburante della vita e solo riorientandole in modo funzionale si produce l'effetto alchemico: la paura guardata in faccia si trasforma in coraggio, la rabbia correttamente canalizzata si trasforma in fonte di propulsiva energia, il dolore elaborato si trasforma in forza, il piacere temporaneo, effimero, provvisorio, riempitivo di un vuoto interiore si trasforma in gioia, grinta, vitalità, passione.

Nella prospettiva della formazione integrale della personalità assume perciò particolare rilevanza l'educazione alla salute, intesa come piena realizzazione delle potenzialità dell'intelligenza, dell'affettività, dell'integrazione sociale dei singoli, in modo da assicurare la pienezza della vita personale, l'attivazione di tutta l'umanità di cui ogni soggetto è ricco. L'educazione alla salute (intesa appunto come "pieno sviluppo della persona umana" ex articolo 3 della nostra costituzione), è educazione alla vita, al sentimento, a quel mondo interiore in cui si generano le condizioni del ben-essere. Educare, dal latino ex-ducere, è tirar fuori, far venire alla luce qualcosa che è nascosto; istruire è invece "in-struere", inserire, portare all'interno di un contenitore materiali, nozioni. Educare in tal senso è fare un pezzo di strada insieme, in ambito scolastico, medico, socio sanitario, instaurare una relazione che possa consentire di "tirar fuori" le straordinarie risorse nascoste in ogni essere umano. Educazione è relazione, terreno da coltivare giorno dopo giorno per promuovere e garantire la salute (dal latino "salus", salvezza, incolumità, integrità) degli "individui". L'educazione alla salute è prima di tutto riconoscimento dei diritti "dell'individuo". L'educazione alla salute rappresenta uno degli strumenti fondamentali per l'esercizio di questi diritti, è elemento centrale della politica per la salute del Paese. Una comunità che voglia garantire al cittadino l'esercizio del diritto alla salute non può prescindere da tale premessa. Aspetto fondamentale dell'educazione alla salute è il riconoscimento della soggettività, introdotta proprio nella definizione dell'OMS che intende la salute come uno stato di benessere psico-fisico e sociale.

La soggettività incide in modo determinante sulla salute. Il modo di percepire la realtà da parte del soggetto influisce sul suo stato di salute. L'educazione alla salute è uno strumento essenziale di ogni strategia che mira da un lato a migliorare l'efficienza dei servizi e dall'altro a favorire il raggiungimento di una migliore qualità della vita per tutti. Il ruolo dell'infermiere, dalla prevenzione, quale insieme di interventi centrati sulla rimozione delle cause di malattia, alla promozione della salute, è determinante e consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute e di migliorarla. *"Non si conosce per cambiare, ma si cambia per conoscere"*: è questo il punto da cui partire per intraprendere un affascinante viaggio nella nostra esistenza, la cui meta non è un luogo ma un nuovo modo di vedere le cose.

*Avv. Mariella Astolfi - Mediatrice Familiare A.I.M.E.F - Coach Strategico



E-HEALTH

Ruolo infermieristico

Michele
L'ABBATE

Per e-Health, o "Sanità in Rete", s'intende l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita. La sanità in Rete contribuisce alla disponibilità di informazioni essenziali quando e dove necessario e assume crescente importanza con l'aumento della circolazione internazionale dei cittadini e del numero di pazienti. Le iniziative e-Health migliorano l'accesso alle cure, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario. L'evoluzione socio-demografica della popolazione, la necessità di bilanciare risorse disponibili e qualità dell'assistenza sanitaria prestata, sono di stimolo alla definizione di nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari. Ciò è possibile attraverso un sistema di servizi integrati in rete che consenta, in tempo reale, il controllo e la valutazione sistematica di parametri. Il tema della sanità in rete è da tempo al centro di numerose azioni a tutti i livelli: europeo, nazionale, regionale e locale, finalizzate alla diffusione dell'eHealth quale strumento abituale per operatori, pazienti e cittadini per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della produttività del settore sanitario. Tali azioni sono fondamentali per creare i presupposti per la realizzazione di una eHealth Information Strategy a livello di sistema Paese che abbia una regia unitaria. L'obiettivo principale della strategia è assicurare uno sviluppo armonico, coerente e sostenibile dei sistemi informativi sul territorio, affinché siano in grado di supportare le finalità di Governo del SSN e cura del paziente. Le direttrici principali che indirizzano in tal senso la eHealth Information Strategy sono riportati nello schema logico della figura 1. La realizzazione dei sistemi informativi per la sanità in rete sta procedendo con apprezzabile dinamismo, attraverso importanti progetti a livello centrale e iniziative sostanzialmente attive in tutte le Regioni Italiane.

I progetti che interessano la sfera assistenziale infermieristica, sono: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e Telemedicina.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico viene definito dalla normativa come l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, ed ha come principali obiettivi:

- Agevolare l'assistenza del paziente.
- Offrire un servizio che può facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali.
- Fornire una base informativa consistente.

Il FSE è istituito dalle regioni e dalle province autonome, ed afferisce ad un ampio

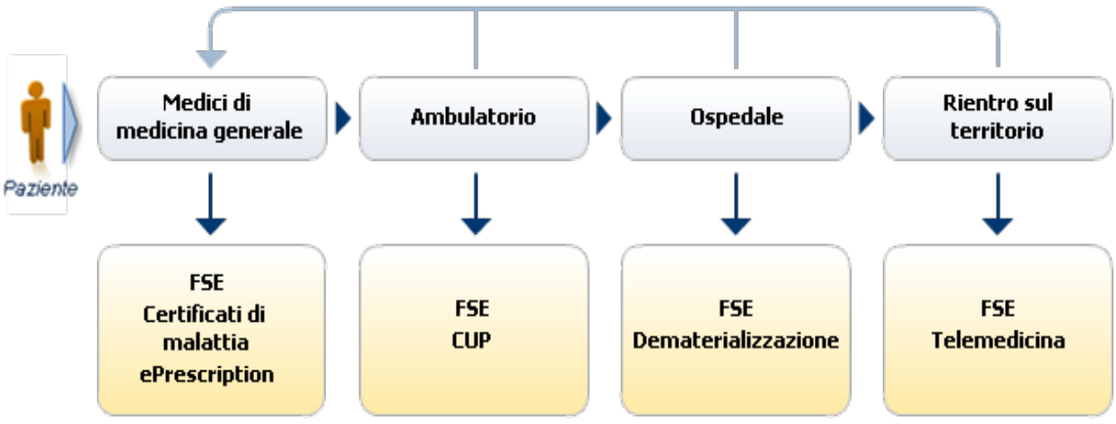


Figura 1

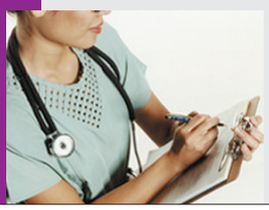
spettro di attività relative all'erogazione di servizi sanitari, dalla prevenzione alla verifica della qualità delle cure.
Nello specifico, l'iniziativa è rivolta al miglioramento complessivo della qualità dei servizi riguardanti:

1. Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
2. Studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico.
3. Programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Il FSE rappresenta, quindi, un pilastro all'interno delle iniziative che si inseriscono nel percorso verso la Sanità Digitale, oltre a costituire il principale fattore abilitante per il raggiungimento di significativi incrementi della qualità dei servizi erogati in ambito sanitario e dell'efficienza, grazie al contenimento e all'ottimizzazione dei costi ad esso associati. Il Fascicolo consentirà, in particolare, la costruzione di un punto unico di condivisione e aggregazione delle informazioni rilevanti e di tutti i documenti sanitari e socio-sanitari relativi al cittadino, generati dai vari attori del SSN e dai servizi socio-sanitari regionali.
Per Telemedicina, invece, si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.
La Telemedicina si può realizzare per le seguenti finalità sanitarie:

- Prevenzione secondaria.
- Diagnosi.
- Cura.
- Riabilitazione.
- Monitoraggio.

Il ministero della salute individua tre macro-categorie in cui la telemedicina può essere classificata:
Telemedicina specialistica: comprende le varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari. Le prestazioni della Telemedicina Specialistica si possono realizzare secondo tre modalità: Televisita, Teleconsulto e Telecooperazione sanitaria.
Telesalute: attiene principalmente al dominio della assistenza primaria. Riguarda i sistemi e i servizi che collegano i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici e infermieri per assistere nella diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione degli stessi.



Per *Teleassistenza*, si intende un sistema socio-assistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi.
Sulla linea di tutti questi cambiamenti, di questa evoluzione in Sanità, anche l'Infermiere e, più in generale, la professione infermieristica, hanno un ambito di autonomia e un ruolo nell'e-Health. Peraltro, al fine di testimoniare l'importanza del ruolo infermieristico in questo contesto, pare opportuno segnalare, alcuni importanti progetti che vedono l'Infermiere confrontarsi con la e-Health, nelle sue diverse tematiche applicative sopra dettagliate. Si fa qui ad esempio riferimento al Progetto dell'Unione Europea denominato: Progetto Ue ENS4Care: le linee guida degli infermieri per l'eHealth. Gli infermieri sono invitati a creare una rete tematica utile a tracciare "linee guida di pratica clinica per i servizi sanitari elettronici". Proprio per rispondere a tale obiettivo, la Federazione Europea delle Associazioni di Infermieri (EFN) ha sviluppato il citato Progetto Ens4care, che è stato varato il 14 maggio 2013. I principali risultati attesi sono pertanto la produzione di linee guida sulla base di evidenze scientifiche. Durante il periodo di due anni, i partner ENS4Care hanno sviluppato le cinque linee guida ENS4Care e le hanno rese disponibili al pubblico. Le linee guida sono state diffuse in tutta Europa e oltre e sono state prese da diverse parti interessate per un'ulteriore implementazione nei loro paesi:

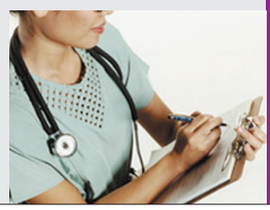
Linee guida ENS4Care sulla prevenzione
Questa linea guida si concentra su come gli infermieri e gli assistenti sociali possono utilizzare la tecnologia in un modo economicamente efficace per migliorare la loro pratica, potenziare ed educare i pazienti e il pubblico nella prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (NCD).

Linee guida ENS4Care sulla pratica clinica
Questa linea guida si basa sul lavoro del flusso di lavoro della rete ENS4Care "Pratica clinica" e si occupa dei servizi di sanità elettronica per supportare la pratica clinica con un singolo cittadino, una famiglia o una popolazione in strutture di assistenza sanitaria e sociale primaria o secondaria.

Linee guida ENS4Care su ruoli avanzati
La presente linea guida intende gestire le decisioni su come i servizi di sanità elettronica possono essere utilmente impiegati nell'introduzione e nello sviluppo di ruoli avanzati per infermieri e assistenti sociali nell'assistenza sanitaria e sociale.

Linee guida ENS4Care sull'assistenza integrata
Questo è incentrato specificamente sull'invio di servizi di sanità elettronica per sostenere la fornitura di servizi integrati di assistenza sanitaria e sociale a un singolo cittadino, famiglia o popolazione nella propria casa o nelle strutture sanitarie primarie, secondarie e sociali impostazioni di cura. L'assistenza integrata lungo il continuum assistenziale è essenziale per garantire risultati ottimali per tutte le persone che vivono nell'UE.

Linee guida ENS4Care sulla prescrizione infermieristica
Lo scopo generale di questa linea guida è descrivere come e dove i leader infermieri e i responsabili politici (che sono i principali destinatari di questa linea guida) dovrebbero iniziare a ottenere una panoramica completa dei processi chiave relativi all'infermiera ePrescribing.
In conclusione, osservando i risultati raggiunti nelle realtà più avanzate dove l'uso di dispositivi con tecnologia avanzata, hardware e software, possiamo facilmente dedurre che bisognerebbe sempre più incoraggiare il cambiamento verso l'e-Health in maniera uniforme sul territorio attraverso campagne formative e informative attraverso le quali sia il personale sanitario che l'utenza possano istruirsi. L'utilizzo di tablet, smartphone, pc e altri dispositivi con i quali poter erogare prestazioni in precedenza viste possono diventare non solo esclusiva delle cliniche d'eccellenza ma anche di ospedali e centri sanitari minori incrementando di gran lunga il livello di assistenza erogato sia per pazienti acuti che per pazienti cronico-degenerativi.
La digitalizzazione porterebbe benefici non solo in ambito assistenziale, ma anche in ambito economico con una riduzione della spesa sanitaria nazionale con possibilità di reinvestire le risorse risparmiate in ricerca e perfezione del servizio di assistenza sanitaria.



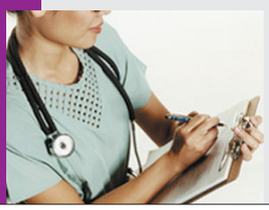
QUALITÀ PERCEPITA ED EROGATA DELL'ASSISTENZA

L'influenza dei modelli organizzativi sulla qualità dell'assistenza infermieristica

* Elsa VITALE

Nell'erogazione dell'assistenza infermieristica esistono numerosi modelli organizzativi che influenzano la qualità percepita ed erogata al fine di migliorare le proprie prestazioni in un'ottica di un miglioramento continuo. I vari modelli organizzativi si differenziano per grado di autonomia dell'operatore, livello di autogestione degli infermieri e autonomia del coordinatore infermieristico, grado con cui viene sviluppata la gestione dei casi (case management), coinvolgimento dell'equipe. La revisione della letteratura suggerisce che la qualità dell'assistenza ha un livello elevato laddove c'è un elevato grado di soddisfazione da parte di operatori e pazienti. I progressi socioeconomici hanno condotto ad una maggiore attenzione sull'efficacia dei vari modelli, concentrandosi maggiormente su dei nuovi, incentrati soprattutto sul rapporto tra operatori, organizzazione e paziente. Per quanto concerne gli operatori sanitari, in particolar modo il personale infermieristico ed ostetrico, è stato studiato quanto la soddisfazione lavorativa e il loro benessere psico-fisico abbiano un ruolo cruciale nella qualità delle cure erogate e quindi percepita dal paziente. In ambito sanitario si tende a parlare di qualità quando ci si riferisce a quello strumento azione di supervisione e gestione di una buona prassi socio lavorativa. Inoltre, in secondo piano, rappresenta un'occasione di approfondimento di alcune tematiche basate sulle relazioni che si vengono a creare nello stesso ambiente di lavoro come la comunicazione, le relazioni interpersonali e la gestione delle emozioni. Non è da escludere inoltre l'intreccio dell'area della qualità con altri ambiti sempre di natura psicologica come ad esempio il clima organizzativo, la soddisfazione dell'utenza e la verifica degli assetti aziendali. Tutti questi argomenti potrebbero risultare estranei al concetto di qualità, al contrario essi risultano fortemente connessi l'uno all'altro. Tuttavia prima di andare a sviscerare tale interconnessione risulta di fondamentale importanza distinguere le differenze tra la qualità che viene erogata dalle varie figure professionali e la qualità che viene percepita da chi è al centro del sistema sanitario ovvero il paziente-utente. La qualità erogata teoricamente dovrebbe riguardare il fare solo ciò che è utile (efficacia teorica) nel modo migliore (efficacia pratica) con il minor costo (efficienza) a chi ne ha veramente bisogno (appropriatezza) facendo fare le cure a chi ha competenze per farlo. La qualità percepita invece è la soddisfazione delle esigenze dei cittadini-clienti, siano esse implicite, esplicite o latenti quindi, è la capacità che il servizio offerto ha di rispondere alle loro aspettative. Il servizio erogato è il risultato di un processo dove un insieme di persone interagiscono all'erogazione del servizio stesso. I processi di rinnovamento dell'attuale momento storico e le richieste di miglioramento di cure e prestazioni sanitarie da parte dei clienti finali hanno imposto un cambiamento nel modo di gestire gli ospedali. È necessario dunque effettuare scelte innovative nel de-

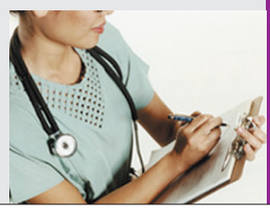
»



finire le strategie e per ricercare gli elementi di qualità che determinano situazioni di vantaggio competitivo. La trasformazione dell'ospedale in azienda ha portato l'organizzazione sanitaria a considerare il paziente come soggetto maturo, consapevole ed informato, divenendo così soggetto attivo del sistema. L'azienda-ospedale può fornire una buona qualità dell'assistenza e quindi essere competitiva solo se, oltre a fornire buone prestazioni sanitarie, mettesse in campo comfort, gentilezza, cortesia, capacità di informazione nel condurre per mano il paziente lungo tutto il processo di malattia. Ad ogni modo esistono svariati modelli di organizzazione dell'assistenza ognuno dei quali è più indicato in varie situazioni piuttosto che in altre. La ricerca di una qualità sempre più elevata ha assunto un carattere strategico nelle aziende sanitarie a causa di diversi fattori, tra i quali una limitazione della spesa pubblica, che impone di evitare gli sprechi e i disservizi, la necessità di alti standards, dovuta alla crescente competizione fra organizzazioni aventi finalità analoghe e una domanda più esigente da parte dei consumatori. La qualità può essere intesa sotto tre punti di vista:

1. Qualità gestionale: sinonimo di efficienza, ovvero è legato al buon uso delle risorse a disposizione. Questo aspetto interessa non solo la direzione aziendale, che si occuperà di programmazione e bilancio; ma anche i dipartimenti e le singole unità operative devono erogare servizi utili e in tempi rapidi alla popolazione attraverso un corretto impiego del personale e delle risorse strutturali. Nel caso specifico, se la responsabilità dell'assistenza di qualità compete agli infermieri che la forniscono, quella di dare inizio a un programma volto al miglioramento della qualità e poi introdurre i cambiamenti necessari spetta all'infermiere dirigente o coordinatore.
2. Qualità professionale: è l'aspetto più legato alle competenze degli operatori appartenenti alle varie professioni. È importante che l'organizzazione aziendale investa sulla qualità nel medio-lungo periodo, al fine di creare team competenti, motivati e consapevoli, che abbiano la possibilità di aggiornarsi costantemente attraverso l'accesso alla bibliografia e di utilizzare attrezzature moderne e funzionanti. La qualità professionale dovrebbe essere valutata tanto sotto l'aspetto dei processi di cura e assistenza quanto sotto il profilo dei risultati, cioè con indicatori di processo e di risultato.
3. Qualità percepita: in campo sanitario tale soddisfazione da parte dell'utente non è sufficiente a valutare la qualità professionale. L'utente, infatti, non è necessariamente un esperto, anche se con l'avvento di internet, riviste specializzate, tv e altre fonti è sempre più informato sulle problematiche della salute. In linea generale, esso apprezza particolarmente gli interventi che migliorano la sua salute, ma è attento anche a molti altri aspetti del servizio, ovvero aspetti legati al tempo, alla semplicità delle procedure, all'informazione relativa al trattamento sanitario, all'orientamento e all'accoglienza nella struttura ed alle relazioni sociali e umane.

Secondo recenti studi basati su revisioni di letteratura corrente si è dimostrato che la qualità dell'assistenza erogata e percepita è direttamente proporzionale ai modelli organizzativi assistenziali. Molti sono i modelli tradizionali di assistenza, ognuno dei quali presenta numerose varianti di non provata efficacia, le quali dipendono dalle risorse economiche a disposizione, dal capitale umano (personale) e dai bisogni del paziente. Il cambiamento continuo delle caratteristiche della popolazione, come ad esempio l'aumento delle patologie croniche, l'aumento dell'età media, l'innalzamento del livello culturale dell'utente-paziente, richiede agli infermieri di adeguare metodi assistenziali per mantenere e/o incrementare il livello di qualità. È proprio sulla base dei vari bisogni dall'utente che deve essere stabilito quanto l'utilizzo di un unico modello organizzativo in una struttura sia più o meno efficace. Prima di concentrarsi sulla scelta di un modello, infatti, bisogna considerare le caratteristiche epidemiologiche, di complessità e criticità dei pazienti, gli strumenti e le tecnologie disponibili nella struttura in cui si opera. Si giunge al concetto che l'intensità di cure ospedaliere è efficace solo se differenziata. Fondamentale in ambito di modelli assistenziali in Italia è la riforma Blair del National Health System (NHS) inglese che si concentra sul tema della qualità dell'assistenza come dovere istituzionale delle aziende e primaria responsabilità dei clinici. Uno degli snodi cruciali del miglioramento della qualità è rappresentato dallo strumento del governo clinico il cui principio informatore è



di riequilibrare il potere e le responsabilità all'interno delle organizzazioni secondo la storica definizione (variamente riformulata ed adattata): "Sviluppare un contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nella considerazione delle risorse a disposizione". Anche se non è ancora possibile capire quale modello dia i migliori risultati, la revisione della letteratura suggerisce che:

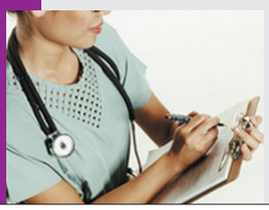
- La qualità dell'assistenza ai pazienti si raggiunge in ambienti in cui c'è un elevato grado di soddisfazione di pazienti, medici e infermieri.
- Negli ambienti con modelli assistenziali orientati alla presa in carico del paziente si percepiscono maggiore autonomia, controllo sulla pratica, soddisfazione sul lavoro degli infermieri, c'è meno turnover e migliori risultati sui pazienti.
- Modelli di professionali innovativi quali l'introduzione di infermieri specializzati/esperti, case manager hanno un effetto su costi, soddisfazione del paziente e coordinamento dell'assistenza.

Oggi l'assistenza infermieristico-ostetrico si sposta sempre più verso un'organizzazione che vede il paziente al centro con prestazioni individualizzate. Si è passati da un modello per compiti divisi fra i vari infermieri (terapia, medicazioni, igiene, ..) a un modello per settori in cui ogni infermiere è responsabile di un numero definito di pazienti con aumento del tempo diretto di assistenza, della responsabilità professionale e della qualità erogata e percepita. Più recenti invece sono il case management e il modello per intensità di cura. Il primo vede infermieri esperti assumere un ruolo decisionale dall'ingresso fino alla dimissione. Il secondo prevede il paziente al centro con professionisti che ruotano attorno. Si basa sulla valutazione dei pazienti in base al grado di complessità/comorbidità e di conseguenza si stabiliscono i tempi e tipologia di assistenza necessari. L'obiettivo di una buona organizzazione assistenziale deve essere quello di rispondere al meglio ai bisogni del paziente cioè ridurre eventi come: cadute, lesioni da pressione, riammissioni e, soprattutto ridurre le cure perse come: deambulazione, mobilizzazione, educazione di paziente- caregiver. L'assistenza infermieristica in Italia è organizzata maggiormente secondo modelli classici che responsabilizzano gli infermieri su gruppi di pazienti. Negl'ambienti dove si applicano modelli organizzativi basati sulla presa in carico del paziente, vi è maggiore autonomia, controllo, soddisfazione sul lavoro e migliori risultati sul paziente. Questo orientamento va arricchito con modelli più articolati. È necessario lavorare su due piani: capire come erogare meglio l'assistenza, e come organizzare i processi di lavoro di un reparto. Gli esiti misurati sono la soddisfazione del paziente, le cadute, le lesioni da decubito; i costi, l'efficienza; la riduzione della riammissione, la soddisfazione e stabilità dell'equipe infermieristica. Il filo conduttore che emerge dalla sperimentazione di questi modelli è orientato a restituire agli infermieri clinici l'autorità di influenzare le decisioni, di condividere le logiche e priorità gestionali e di partecipare a pieno titolo alle scelte organizzative. Modelli innovativi basati sull'introduzione di nuove figure, come infermieri specializzati/esperti e case manager, hanno effetti sui costi e sulla soddisfazione del paziente. L'assistenza inoltre è più efficace se erogata da un'equipe il cui numero di componenti varia a seconda dei bisogni del paziente, acuzie, tipologie dei casi. Un maggior numero di infermieri non è sempre la soluzione, ma esiste un'ampia evidenza che un adeguato numero di personale e una più ricca presenza infermieristica nella composizione dell'equipe hanno un effetto positivo sugli esiti dei pazienti e sulla soddisfazione sia dei pazienti che degli infermieri. È importante continuare ad esaminare le relazioni fra numero di infermieri e qualità dell'assistenza.

**Hanno partecipato alla stesura dell'articolo anche gli studenti del 1° anno del corso di laurea specialistica in "Scienze infermieristiche ed ostetriche" dell'Università degli Studi di Bari*

BIBLIOGRAFIA

- Lunney, M. (2006). Helping Nurse Use NANDA, NOC and NIC. Journal of Nursing Administration, 36 (3).
- Moorhead, S., Johnson, M., & Mass, M. (2007). Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.



O.S.S. E TERAPIA FARMACOLOGICA

Michela
LACASELLA

L'importanza della figura dell'OSS nell'attività assistenziale è fuori dubbio, e quelle realtà nelle quali tale lavoratore non sia previsto in dotazione organica non possono che rendere una cattiva assistenza per il malato, se non anche continuare di permettere il cronico demansionamento infermieristico, che mai potrà risolversi in assenza di una figura assistenziale intermedia.

Ove tale figura è invece prevista, da sempre sono nate controversie a proposito della terapia farmacologica di loro competenza.

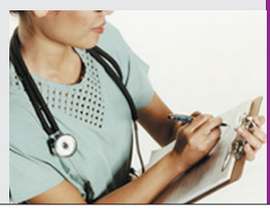
Innanzitutto preme segnalare che la preparazione e la somministrazione della terapia farmacologica è una competenza esclusiva dell'Infermiere, e che ogni abuso in tal senso si pone nel reato previsto dall'art. 348 del c.p.. Niente e nessuno potrà quindi coprire un simile abuso a proposito delle competenze specifiche di pertinenza dell'Operatore Socio Sanitario, considerato che tale prestazione sanitaria non è contemplata nell'accordo Stato-Regioni del 22.02.2001. In tale documento ed esattamente nell'allegato B "forse qui nasce il problema" si legge che "…in sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto, è in grado di aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti, per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso, medicazioni, ecc…".

Il termine "aiutare", però, non significa "preparare e somministrare", bensì assistere il paziente nell'assunzione della terapia farmacologica, penso alla classica terapia per os, ed aggiungerei solo in caso di autosufficienza del paziente.

Quando poi si parla di terapia farmacologica e di OSS, si deve al massimo pensare alla somministrazione di una certa terapia come: i colliri medicali, le medicazioni semplici non medicate, l'applicazione di creme e pomate varie su cute integra e, non certo, a farmaci somministrati per PEG, SNG, via oro-auricolo-nasale, per via sottocutanea, intradermica, rettale, intramuscolare ed endovenosa.

Le competenze dell'OSS saranno, quindi, sèguito di una attribuzione di compiti da parte dei diretti superiori che sono e restano, di norma, l'Infermiere e l'Ostetrica. Per attribuzione l'OSS potrà eseguire solo interventi assistenziali propri del profilo professionale di appartenenza (attività domestico-alberghiera); nel mentre per delega non ci potranno essere attribuzioni di compiti, in quanto la delega avviene tra pari grado.

A questa figura professionale, è bene chiarire, il Legislatore ha dato l'inquadramento di operatore di interesse sanitario "art. 1 cm. 2 della Legge 26.02.2006 n. 43", ed in quanto tale non assimilabile alla professione sanitaria che si consegue dopo un percorso formativo universitario e al conseguimento



di riconosciuta laurea specialistica.
Ultima doverosa riflessione è che l'OSS (Operatore Socio Sanitario) non è l'OSSS (Operatore Socio Sanitario Specializzato) e che entrambi non sono Infermieri, evidenziando, altresì, che nel corso del tempo il Legislatore ha ritenuto necessario completare il profilo dell'OSS con una formazione complementare, in seguito disciplinata con l'accordo siglato in data 16.01.2003 tra Ministero della Salute, Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Regioni e Province Autonome. Con tale nuova figura, all'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare viene prevista la possibilità di somministrazione per via naturale la terapia prescritta, ovviamente in conformità delle direttive ricevute e sempre sotto la supervisione e responsabilità di Infermieri ed Ostetriche. Nelle novità di tipo pratico, l'OSSS sarà in grado di eseguire la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica e secondo i protocolli operativi, oggi tassativamente vietata all'OSS.
Al termine di tutto ciò nasce spontanea una domanda: cosa rischia l'infermiere nel permettere l'abuso della professione infermieristica e cosa rischia il responsabile dell'abuso in questione? "Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una specifica autorizzazione ed abilitazione da parte dello Stato, è punito con il carcere per un periodo che puo' variare da 9 mesi a 3 anni e con una multa sino ad € 50.000.
E per l'Infermiere che lo ha permesso? "la stessa cosa".
Tra le competenze ascrivibili all'OSS non è prevista la somministrazione di terapia farmacologica. L'OSS può aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti in sostituzione e aiuto dei familiari e su indicazione del personale preposto.

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 2018
3) Bilancio di previsione 2019

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 15/04/2019 ed in seconda convocazione presso la sede dell'OPI di Bari sita in Viale Salandra 1/L alle ore 10,00 del 17/04/2019. 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 2019

DATA _____ FIRMA _____

a cura di
Loredana
CAPPELLI

CORSI E CONVEGNI

CARDIOMONOPOLI 2019 ITALIANA CONGRESSI E FORMAZIONE S.R.L.
Monopoli, dal 12/04/2019 al 13/04/2019
Hotel vecchio mulino
INFO: Tel. 3392822937
E-mail: segreteria@italianacongressi.it

CORSO BASE DI VULNOLOGIA
Bari, 13/04/2019
Hotel Rondò
INFO: Tel. 0805212194
E-mail: pertichino@incontritaliacongressi.it

SCOMPENSO/ELETTROFISIOLOGIA
Bari, 16/04/2019
Ospedale San Paolo
INFO: Tel. 3392822937
E-mail: segreteria@italianacongressi.it

APPROCCIO IN AMBITO VISCERALE 1
Bari, dal 24/04/2019 al 28/04/2019
Villaggio del Fanciullo
INFO: Tel. 0992212963
E-mail: info@qibli.it

APPROCCIO IN AMBITO VISCERALE 2
Bari, dal 24/04/2019 al 28/04/2019
Villaggio del Fanciullo
INFO: Tel. 0992212963
E-mail: info@qibli.it

APPROCCIO IN AMBITO MUSCOLARE SCHELETRICO: IL RACHIDE DORSALE
Bari, dal 24/04/2019 al 28/04/2019
Villaggio del Fanciullo
INFO: Tel. 0992212963
E-mail: info@qibli.it

COMUNICARE IL TUMORE: COME IL MEDICO PUÒ AIUTARE IL GENITORE A RACCONTARE LA MALATTIA AI PROPRI FIGLI
Bari, 09/05/2019
Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 02244491
E-mail: info@doc-congress.com

AORTIC MICS
Bari, 10/05/2019
Villa Romanazzi
INFO: Tel. 0805644650
E-mail: srivera@gvmnet.it

GIORNATE NEUROLOGICHE MURGIANE: DISPUTE IN SCLEROSI MULTIPLA
Altamura, 18/05/2019
Ospedale della mMurgia "F. Perinei"
I**NFO:** Tel. 0805043737
E-mail: info@cicsud.it

UROGINECOLOGIA 2019: 4A MASTERCLASS RE-LIVE SURGERY
Polignano A Mare, dal 20/05/2019 al 21/05/2019
Hotel Covo dei Saraceni
INFO: Tel. 0498756380
E-mail: info@intermeeting.com

CORSO DI AGGIORNAMENTO MEDICO-INFERMIERISTICO DI NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE ANNO 2019
Bari, dal 21/05/2019 al 10/12/2019
Aula "Vecchio" Pediatria Policlinico
INFO: Tel. 0805043737
E-mail: info@cicsud.it

UPDATE IN ACS MANAGEMENT
Bari, 21/05/2019
Ospedale San Paolo
INFO: Tel. 3392822937
E-mail: segreteria@italianacongressi.it

GESTIONE COMPLETA DEL PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO VENTILATO
Bari, 23/05/2019
Hotel Excelsior Congressi
INFO: Tel. 0621117264
E-mail: info@ngformazione.com

APULIAN BEATS 2019
Bari, 24/05/2019
Salone degli Affreschi - Universita' degli Studi di Bari
INFO: Tel. 0498756380
E-mail: info@intermeeting.com

PIÙ VALORE ALLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA NELL'UNIVERSITÀ, NEL LAVORO E NELLA RICERCA
Pugnochiuso (FG), dal 2 al 5 giugno 2019
Pugnochiuso Resort
INFO: Tel. 081 19810398
E-mail: segreteria@eventiecongressi.net
www.eventiecongressi.net