

IL "SANTO NATALE" IN PUGLIA



in evidenza

EDITORIALE

PRIMO
PIANO

PROMOZIONE
SALUTE



OPI

Anche per gli
infermieri "eroi"
è Natale...

Coronavirus
e fobia del
contagio

Fragilità
e declino
cognitivo



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari
Anno XXXVIII - N° 4/5
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

Direzione/Redazione/Amministrazione

V.le Salandra 1/L - 70124 Bari - T. 080 9147070 - F. 080 54 27 413
redazionefilodiretto@libero.it - bari@cert.ordine-opi.it

Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
T. 080 337 50 34 - www.editriceimmagine.it
Finito di stampare il 15 dicembre 2020

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettore

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

Carla Burdi, Immacolata Capurso, Elena Chiefa, Domenico Cimarusti, Pietro Corvace, Vincenzo D'Addabbo, Domenico Dentic, Liana Libera Diana, Francesco Ferri, Michele Fighera, Vito Gaeta, Vincenzo Inglese, Michela Lacasella, Serena Lonigro, Raffaele Manzari, Marianna Miano, Gianna Palmisano, Angela Sardella, Giacomo Tullo, Nicola Ventura.

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 lavori 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.

numero **4/5**

EDITORIALE

3

ANCHE PER GLI INFERMIERI "ERO" È NATALE...

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

6

INFERMIERI E VACCINAZIONI: SERVE RISPETTO, NON MINACCE

Salvatore Petrarolo

8

CORONAVIRUS E FOBIA DEL CONTAGIO

Angela Sardella, Gianna Palmisano

10

L'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

Elena Guglielmi, Giuseppe Marangelli

PROFESSIONE IN AZIONE

14

NEONATO CON ERNIA DIAFRAMMATICA CONGENITA

Domenico Dentic, Raffaele Manzari

18

NEURONAVIGAZIONE: FUTURO CHE DIVENTA REALTÀ

Francesco Ferri, Vito Gaeta

20

DALLA "TOTIPIOTENZA" PROFESSIONALE AL "TRASVERSALISMO" DELL'INATTESO

Pietro Corvace

23

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Immacolata Capurso, Michele Fighera

25

IL METODO SBAR AI TEMPI DEL COVID-19

Vincenzo D'Addabbo, Marianna Miano

28

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Elena Chiefa, Vincenzo Inglese

PROMOZIONE SALUTE

31

FRAGILITÀ E DECLINO COGNITIVO

Liana Libera Diana, Angela Sardella

34

IL FENOMENO DEL BODY SHAMING

Carla Burdi, Serena Lonigro

SICUREZZA E BENESSERE

36

REQUISITI MINIMI DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Domenico Cimarusti, Nicola Ventura

IN FORMAZIONE

38

LA CONDOTTA DELL'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA

Giacomo Tullo, Michela Lacasella

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



ANCHE PER GLI INFERMIERI “EROI” È NATALE...

...un enigma la specificità infermieristica

Saverio
ANDREULA



In questi giorni che precedono il Natale più anomalo di sempre, ci s'interroga sulle sfumature di colore che dipingeranno i territori d'Italia nell'ambito delle classifi-

cazioni di rischio per la pandemia indotta dal Sars-Cov-2. I media, in questo periodo, pongono in secondo piano i bollettini di “morte” sul fronte sanitario cimentandosi con enfasi sulle anticipazioni governative riguardo alla riapertura delle stazioni sciistiche (sic). Il pianeta dell'informazione sanitaria, generato dal Covid-19, abbagliato dal Santo Natale e dalla sua attesa, perde interesse. E' forse conseguenza dell'infodemia “comuniCATTIVA” del momento che ha contagiato, molto più del COVID 19, tutte le redazioni giornalistiche che operano su carta, in video e in voce?. C'è forse molta stanchezza tra la gente che “a tamburo battente” è stata costretta a subire palinsesti mediatici quasi esclusivamente costruiti e riempiti da virologi, infettivologi, clinici, politici, opinionisti, statistici e via discorrendo. Il più delle volte, ospiti dalle competenze cliniche discutibili, quasi mai in accordo tra di loro. Insomma molti “teatrini” cui abbiamo assistito che non hanno fatto bene a nessuno poiché hanno generato confusione e senso di smarrimento sulla verità vera. Poche le occasioni di campagne di comunicazioni istituzionali chiari ed ef-

ficaci sul COVID - 19 composte nei contenuti con elementi inconfutabili sul piano delle evidenze scientifiche e con trattazione degli argomenti che la pandemia (Vaccini, Tamponi, indici di contagio eccetera) ha regalato ai cittadini, attuate nelle fasce orarie di confinamento in compagnia della solitudine della gente. Sconforta rilevare il rapporto in secondo piano, talvolta nei banner a scorrimento sullo schermo televisivo, del dramma quotidiano di migliaia di sanitari (eroi per caso) contagiati da Covid-19. Purtroppo, non tutti sanno che gli Infermieri sono in assoluto la categoria professionale che sta pagando, più di ogni altra, tributi in termine di morte, contagi e disperazione per mano e causa del Sars-Cov-2. Infermieri, che per le competenze loro assegnate dall'ordinamento sanitario, sono in assoluto i professionisti sanitari, più di altri, indispensabili per l'assistenza alle persone colpite dal Sars-Cov-2 e, quindi, i più esposti al rischio di contagio.

Infermieri che fanno sentire il loro peso professionale ai cittadini nelle corsie ospedaliere, nelle residenze sanitarie, a domicilio da sempre ma che mai hanno ricevuto, nemmeno sul piano contrattuale, riconoscimenti specifici. Anzi l'indennità di specificità professionale che il Ministro De Lorenzo aveva strutturato contrattualmente a beneficio degli infermieri negli anni 2000, definendo il lavoro infermieristico molto più “disagiato” rispetto ad altre professioni sanitarie è stato azzerato uniformando sul piano contrattuale tutte le professioni afferenti al comparto. Tutti sanno per colpa di chi... gli stessi che oggi si op-

»»

INAIL

SCHEDA REGIONALE INFORTUNI COVID-19

REGIONE PUGLIA

Denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 pervenute all'Inail

(periodo di accadimento gennaio – 30 settembre 2020)

	PUGLIA	ITALIA	% PUGLIA
Denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19	1.422	54.128	2,6%
di cui con esito mortale	15	319	4,7%

Genere	BARI	BARLETTA-ANDRIA-TRANI	BRINDISI	FOGGIA	LECCE	TARANTO	PUGLIA	%
Donne	253	68	130	183	57	59	750	52,7%
Uomini	271	60	91	157	40	53	672	47,3%
Classe di età								
da 18 a 34 anni	128	17	43	66	26	12	292	20,5%
da 35 a 49 anni	172	40	85	122	32	46	497	35,0%
da 50 a 64 anni	210	68	85	140	36	49	588	41,4%
oltre i 64 anni	14	3	8	12	3	5	45	3,1%
Totale	524	128	221	340	97	112	1.422	100,0%
incidenza sul totale	36,8%	9,0%	15,5%	23,9%	6,8%	8,0%	100,0%	

di cui con esito mortale	5	3	-	2	2	3	15
--------------------------	---	---	---	---	---	---	----

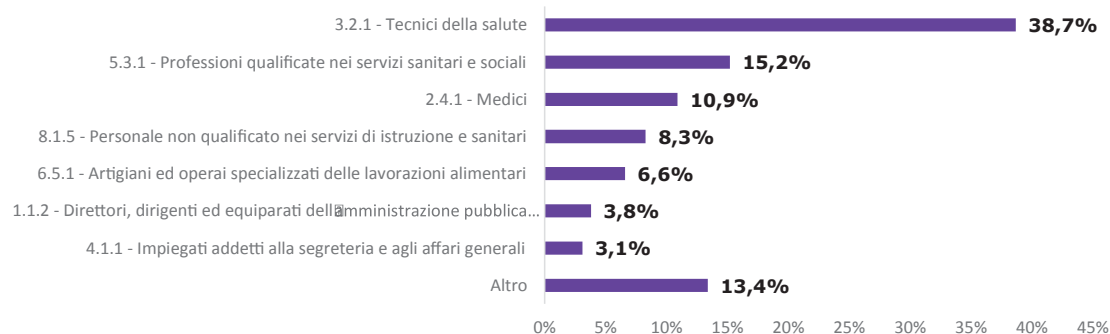
Nota: i dati al 30 settembre 2020 aggiornano, integrano e in alcuni casi rettificano i dati elaborati precedentemente.

Rispetto alla data di rilevazione del 31 agosto le denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 sono aumentate di 141 casi (119 avvenuti a settembre, i restanti riconducibili a mesi precedenti) di cui 2 per evento mortale (ma nessun decesso a settembre). Il repentino incremento a settembre è riconducibile almeno in parte a un focolaio, particolarmente consistente, sviluppatosi in un'azienda agricola ortofrutticola della provincia di Bari.

Le professioni:

- tra i tecnici della salute l'86,7% sono infermieri;
- tra le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali, tutti operatori socio sanitari;
- tra i medici il 50% è composto da medici internisti, generici, pneumologi e chirurghi;
- tra il personale non qualificato nei servizi di istruzione e sanitari il 95,9% è rappresentato da ausiliari ospedalieri-sanitari e portantini;
- tra gli artigiani ed operai specializzati delle lavorazioni alimentari vi sono i macellatori e i confezionatori di carne e pesce.

Professioni (CP2011 casi codificati)



pongono a riconoscere agli infermieri la loro specificità professionale con iniziative di piazza. Infermieri che non fanno la conta dei morti al pari di quanto altri fanno. Infermieri che sono tristemente i primi a pagare dazio nella classifica delle professioni più colpite (fonte INAIL e Istituto Su-

periore di sanità) nel report di monitoraggio aggiornato a ottobre su un complessivo di 66.000 contagi complessivi. Si pensi che nell'ambito del settore lavorativo più colpito dai contagi, che è ovviamente la (sanità) pari al 39,2 % del totale, gli Infermieri sono i lavoratori che registrano la percen-



tuale più alta di contagi (83%) seguiti dagli Operatori Socio Sanitari (20,6%) e dai medici con (10,1%). In Puglia, la percentuale di contagiati per la professione infermieristica sale all'86,7% ovvero + 4% sulla media nazionale. Insomma, l'evidenza dei fatti sul ruolo e responsabilità della professione infermieristica cui consegue un profilo di rischio molto elevato, proprio delle competenze professionali cui è assegnatario per l'ordinamento, stenta ad essere riconosciuto e quindi valorizzato, anzi le professioni del comparto fanno "branco" per stare in scia agli Infermieri, vera locomotiva del sistema contrattuale. Orbene, cosa ci propone il ricco menù Governativo sul Natale? Sem-

bra sia rilevante riunire centinaia di esperti per decidere del numero di commensali ammessi al ristorante per il cenone di Natale, o se aprire o meno le stazioni sciistiche. Intanto i Lupi fanno squadra a impedire agli Infermieri i riconoscimenti, in termini di specificità professionale, che il Governo ha loro promesso nella legge di bilancio di fine anno. Vengano, lor signori, a Natale in corsia con gli Infermieri cui le ferie sono sospese e con i doppi turni di lavoro a gestire gli accorpamenti dei posti letto, magari bardati di tutto punto, allucinati dai monitor scintillanti e con la mano nella mano degli ammalati. Noi Infermieri, fieri di esserlo, voialtri?

Ripartenza della procedura elettorale per il rinnovo degli Organi OPI di Bari

Convocazione Assemblea elettiva (III convocazione)

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine OPI di Bari:

- Preso atto della nuova configurazione colore della Puglia in ordine al rischio contagio passato da arancione a giallo, con la conseguenza di minori misure restrittive in ordine agli spostamenti da comune a comune.
- Visto il regolamento elettorale della FNOPI sulle procedure elettorali.
- Attuata la raccomandazione di sospensione della procedura elettorale disposta nel periodo di maggiore rischio contagio.
- Vista la conclusione di tutte le operazioni previste in seconda convocazione dell'Assemblea elettiva degli iscritti con gli adempimenti cui all'art. 6 (composizione del seggio elettorale).
- Considerando il venir meno delle condizioni più rilevanti che hanno determinato la sospensione della procedura elettorale e considerando la necessità di definire l'assetto istituzionale dell'OPI per la scadenza naturale del mandato al 31 dicembre dell'anno corrente.
- Definito il protocollo di sicurezza per le operazioni elettorali in conformità alle disposizioni di legge oggetto di specifico avviso agli elettori e ai componenti del seggio elettorale.
- Ritenuto necessario, per il particolare momento che vive la comunità professionale, di dotare l'OPI dei suoi organi rappresentativi continuando così a sostenere i colleghi impegnati nelle attività sanitarie e coloro che hanno contratto il contagio da Sars-Cov-2.

Ha Deliberato in data 9 dicembre 2020

- La revoca del precedente provvedimento di sospensione delle elezioni dovuto alla Emergenza Covid-19 e, contestualmente, di procedere a un nuovo avviso di convocazione dell'Assemblea elettorale, riferita alla III convocazione, per il rinnovo degli Organi Direttivi e di Controllo dell'Ordine.

Le elezioni si svolgeranno in n. 4 giorni (di cui uno festivo) nelle seguenti date:

18 dicembre 2020 dalle ore 9,00 alle 18,00 c/o la "Parrocchia Madonna della Rosa" via Giovanni Paolo II a Molfetta (BA) – sede del seggio

19 dicembre 2020 dalle ore 9,00 alle 18,00 c/o Aula Convegni della "Parrocchia Madonna del Carmine" in via largo Simone Veneziani n. 25 (di fianco Ospedale "San Giacomo" ASL BA) a Monopoli (BA)

20 dicembre 2020 dalle ore 9,00 alle ore 18,00 c/o Fondazione Benedetto XIII - SS 96 Km. 72130 a Gravina in Puglia (BA)

21 dicembre 2020 dalle ore 9 alle ore 18 c/o Hotel Nicolaus, in via Agostino Ciasca 27, 70100 Bari

L'Assemblea in terza convocazione sarà valida qualunque sia il numero dei votanti iscritti

INFERMIERI E VACCINAZIONI: SERVE RISPETTO, NON MINACCE

Salvatore
PETRAROLO



Non è certo un tema di retroguardia, in questo periodo di emergenza sanitaria, con la pandemia da covid 19 che sta mettendo nuovamente sotto pressione il sistema sanitario e riportato

nella lotta al covid 19. Posizione confermata, e più volte sottolineata, anche all'indomani della decisione del Tar Puglia del 26 novembre scorso in merito all'obbligatorietà delle vaccinazioni antinfluenzali per gli operatori sanitari.

I giudici del Tar Puglia richiamano gli obblighi di sorveglianza sanitaria del datore di lavoro di cui all'art. 41 D.Lgs. n. 81/2008 e i relativi obblighi dei lavoratori di contribuire alla tutela della salute della sicurezza suoi luoghi di lavoro (art. 20 D.Lgs. n. 81/2008).

E nell'argomentare quell'ordinanza il Tar Puglia ha ritenuto che la sorveglianza sanitaria debba essere particolarmente rigorosa per i lavoratori esposti agli agenti biologici (art. 279 D.Lgs. n. 81/2008) e va comunque graduata in considerazione dell'attuale situazione di rischio.

Ciò, d'altro canto trova un contrappeso nella esenzione dalla vaccinazione per gli operatori sanitari per i quali il vaccino possa essere fonte di rischi e per quanti siano immuni.

Anche la legge regionale 27 del giugno 2018, attuata dal Regolamento impugnato davanti ai giudici del Tar "non introduce obblighi vaccinali di nuovo conio e non impone obbligatoriamente ciò che a livello nazionale è solo suggerito o raccomandato" come anche ribadito dalla Corte Costituzionale.

Dal mondo infermieristico c'è stata una vera e propria levata di scudi contro quello che viene definito un tentativo maldestro, di interpretare "pro domo sua" la senten-

gli infermieri in quella prima linea che non hanno mai abbandonato.

Quello delle vaccinazioni, anzi, è tema che sempre più sta occupando il dibattito e offrendo uno spiraglio per uscire da questa emergenza sanitaria.

Il vaccino, tanto atteso come una sorta di salvezza, è quello contro il covid 19 e già in queste settimane di annunci e attese, è stato ribadito che ad essere vaccinati saranno le categorie a rischio (e tra questi gli operatori sanitari).

Ma sul tema delle vaccinazioni, e nello specifico quello anti influenzale in distribuzione in queste settimane, va registrato un vivace dibattito (anche se sarebbe meglio definirlo un vero e proprio contenzioso con tanto di guerra a colpi di carte bollate) tra tra gli Ordini professionali degli infermieri e la Regione Puglia. Gli Opi di Bari, Bat e Brindisi hanno fatto fronte comune per ribadire che la vaccinazione non è obbligatoria, anche se consigliata e probabilmente opportuna, per gli infermieri impegnati



za del TAR Puglia, spingendosi in maniera azzardata anche a definire no-vax gli infermieri pugliesi. Le Regioni non possano imporre obblighi vaccinali diversi da quelli disposti dallo Stato, e non possono prevedere per i presunti inadempienti sanzioni amministrative.

Che la vaccinazione non sia obbligatoria, ma fortemente raccomandata, lo ribadisce anche il Ministero della Salute, nella sua Faq e tanto basterebbe per chiudere ogni polemica nei confronti degli infermieri.

Quegli stessi infermieri, va detto, ai quali obbligati a vaccinarsi, ma esclusi, in maniera sorprendente, dalle campagne vaccinali messe in campo dalla Regione Puglia, oltre che osteggiati dalla possibilità che loro stessi somministrino il vaccino dietro prescrizione medica.

Le tappe di questa vicenda hanno inizio nella prima metà del mese di ottobre: il Dipartimento Salute della Regione Puglia, nelle sue comunicazioni ufficiali, parla di obbligo di vaccinazione da parte degli operatori sanitari (e tra questi gli infermieri) “per non incorrere in non meglio specificati atti conseguenti”.

Una “minaccia” bella e buona la ritengono gli Ordini professionali, ancor più offesi dall’esclusione degli infermieri dalla campagna di sensibilizzazione sulle vaccinazioni antinfluenzali, avviate dal Dipartimento Salute della Regione Puglia.

In una lettera inviata al Presidente della Regione, Michele Emiliano e al direttore del Dipartimento salute, Vito Montanaro, i presidenti degli Opi parlano di “incomprensibile esclusione effettuata dal Dipartimento Salute in danno della comunità infermieristica e del suo organismo di rappresentanza sulle campagne vaccinali, tanto più se si

considera che è universalmente noto delle competenze specifiche della professione infermieristica nella somministrazione dei vaccini che regolarmente attua negli studi dei medici di medicina generale, a domicilio dei cittadini, negli ambulatori infermieristici attivati dalla Asl, nei dipartimenti e nei centri vaccinali pubblici”.

Ancor più incomprensibile, agli occhi degli Ordini professionali, è quella esclusione degli infermieri in un momento di massimo stress per il sistema sanitario, a causa della pandemia da coronavirus.

Anzi, proprio prendendo in considerazione il particolare momento pandemico (e si era solo a metà del mese di ottobre n.d.r.) gli Opi propongono “di definire e attuare iniziative vaccinali che defaticano l’attività dei medici di medicina generale e somministrare i vaccini, previa prescrizione medica, anche in farmacia.

Quello della partnership infermieri-farmacisti nella vaccinazione potrebbe/dovrebbe diventare, subito, un modello organizzativo regionale” a giudizio dei presidenti degli Ordini professionali pugliesi.

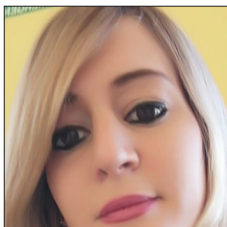
Se da una parte ci sono le proposte, dall’altra c’è il vulnus di questo braccio di fer-



ro a distanza: il presunto obbligo, per gli infermieri, di vaccinarsi per non incorrere in sanzioni. Tra comunicazioni ufficiali della Regione e risposte sempre puntali degli Ordini professionali, la vicenda è approdata sino al Tar Puglia e quella decisione che non fa cambiare di una virgola la posizione degli infermieri pugliesi: l’obbligo vaccinale agli operatori sanitari è inapplicabile e non si possono furbescamente “minacciare” sanzioni che non si possono applicare, concludono gli Ordini professionali.

CORONAVIRUS E FOBIA DEL CONTAGIO

Angela
SARDELLA



Gianna
PALMISANO



La vita di ogni persona sta subendo una profonda rivoluzione in questo periodo e, terminata la pandemia, sicuramente tutti modificheranno i propri stili di comportamento. Gli atteggiamenti nei confronti del mondo esterno e degli altri, molto probabilmente, non resteranno gli stessi di sempre. Molti non torneranno ad

agire come in passato. È altissima la probabilità che il timore del contatto, ormai così profondamente radicato nella mente e nelle azioni quotidiane di ogni persona, resti impresso dentro ognuno, con notevoli conseguenze comportamentali ed emotive. Tale cambiamento, probabilmente, sarà amplificato in coloro che già in precedenza mostravano alcune specifiche vulnerabilità. In questo periodo di Covid-19 lavarsi le mani e disinfettare le superfici è fondamentale. Il SARS-CoV-2 è un pensiero che preoccupa tutti, ma chi era già ossessionato dalla paura dello sporco è sprofondata in un pericoloso stato d'ansia che impone di correre con urgenza ai ripari. In questo difficile

periodo di pandemia da Covid-19 i soggetti più fragili e chi soffre di disturbi psicologici, di ossessioni e nevrosi, meritano sicuramente un'attenzione in più poiché oltre ad aumentare il timore della morte sembra amplificare anche e sempre più una sindrome universale di tipo fobico-ossessivo di livello borderline. Il nemico è nell'aria, è in qualsiasi persona, è ovunque, una rupofobia globale (dal greco rupos cioè sporco) cioè la paura patologica ed irrazionale nei confronti dello sporco e, più in generale, di tutto ciò che non è igienico o rappresenta una potenziale fonte di contaminazione. I soggetti più fragili e chi soffre di disturbi psicologici, di ossessioni e nevrosi, meritano un'attenzione in più. Il rituale di lavaggio delle mani comincia a divenire ossessivo in molte persone.

È difficile produrre una nevrosi fobico-ossessiva artificiale, ma è possibile rendere manifesta una condizione patologica latente in migliaia di individui predisposti che prima erano in un accettabile equilibrio. L'emozione di ansia normale e flessibile si differenzia dal terrore patologico, rigido ed incontrollato, che si sperimenta ad ogni possibilità di contagio. Pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi, quali ad esempio rituali di pulizia, possono sfociare in una vera e propria forma di ansia patologica, derivante da precedenti fragilità come la Rupofobia. Il rupofobico ha paura di contaminarsi e ripete comportamenti e rituali ossessivi di pulizia su di sé o sull'ambiente che lo circonda. La rupofobia è evidente in chi lava continuamente le mani o superfici (non per motivi professionali) anche



quando è a casa o si dedica alle faccende domestiche, senza sosta, per tutto il giorno. In questi casi è difficile dire che l'impulso di lavarsi le mani è irrazionale specialmente se il mondo intero ripete incessantemente di lavare le mani nel modo giusto. La necessità di disinfettarsi oggi è chiaramente giustificata, infatti, il timore di essere contagiati o di contagiare, la paura irrazionale di entrare in contatto con superfici potenzialmente contagianti, oggi, diventano più reali. Lavarsi le mani per ridurre il rischio di contagio da Covid-19 è qualcosa di razionale e ragionevole purché non si esageri. Nella fobia del contagio manca quindi la regola dell'interruzione cioè non si è mai davvero convinti di essere al sicuro, quindi non si possono fermare i rituali. Nulla è mai abbastanza pulito ed igienizzato. Le ossessioni rupofobiche, quindi, riguardano la paura della contaminazione, della possibilità di contrarre una malattia ed il disgusto verso certi ambienti o situazioni potenzialmente contagianti. I pensieri ossessivi sono intrusivi, ripetitivi e persistenti e si legano a compulsioni, quali rituali messi in atto in maniera continuativa allo scopo di contra-

stare la paura del contagio. Le conseguenze psicologiche di massa sono visibili. Nessuno provvede a ricordare che le epidemie passano, svaniscono, cessano naturalmente di essere un pericolo. Si continua a instillare un senso di indefinibile terrore senza confini spazio-temporali. I cittadini sono disorientati, shockati, vediamo una diffusione, quasi pandemica, di una nevrosi traumatica. È spaventoso convivere con un pericolo non rappresentabile, senza forma, non contenibile nel tempo e nello spazio. La percezione che la maggior parte della gente dimostra è quella di un irrazionale pericolo di natura animale che fa drizzare il pelo appena una persona mostri lontanamente di avvicinarsi. Per il trattamento della "rupofobia" (Disturbo Ossessivo Compulsivo) è indicata la terapia cognitivo-comportamentale e nello specifico, la tecnica raccomandata è l'esposizione e prevenzione della risposta che ha come obiettivo non quello di eliminare dei pensieri ossessivi (in quanto nessuno può impedirvi di pensare), ma imparare a tollerare e accettare tutti i pensieri con dei livelli di disagio gestibili.

SITOGRAFIA

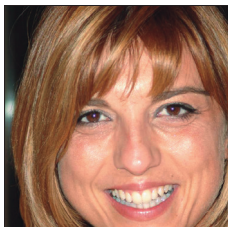
- <https://www.psicoanalisi.it/quirino-zangrilli>;
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- www.salute.gov.it;
- <https://www.stateofmind.it/2020/04/coronavirus-rupofobia>.

Con uno sguardo fiducioso al futuro della Professione
Il Consiglio Direttivo, il Collegio dei Revisori dei Conti
ed il Comitato di Redazione di "FILODIRETTO" dell'OPI Bari
Augurano di cuore a tutti i Lettori Buone Feste

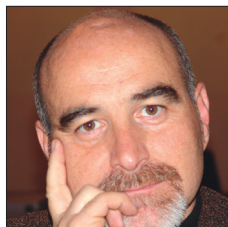


L'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

Elena
GUGLIELMI



Giuseppe
MARANGELLI



La riorganizzazione delle cure primarie in corso in Puglia, annovera, tra i suoi elementi basilari, il Chronic care model. Detto modello consente principalmente di gestire i pazienti, con una o più patologie croniche, attraverso un team multiprofessionale, nel quale è presente anche il professionista infermiere. A seguito dell'e-

sperienza fin qui maturata, per ottimizzare e sviluppare ulteriormente il sistema delle cure primarie, si rende necessario introdurre un modello assistenziale di assistenza infermieristica orientato alla famiglia e alla comunità, atto ad assicurare il soddisfacimento dei bisogni di salute/assistenza delle persone, la continuità assistenziale, l'adesione alle cure, la presa in carico del singolo e della famiglia con l'obiettivo precipuo di evitare inutili ricoveri, di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e le chiamate ingiustificate al 118, migliorando contestualmente la qualità di vita della persona nel proprio contesto di vita. A seguito

dell'intesa sancita nella Conferenza Stato Regioni, è stato emanato in data 18 dicembre 2019 il Patto per la Salute per il triennio 2019-2021. Il documento prevede, tra i numerosi punti, la valorizzazione della professione infermieristica nell'ambito dell'assistenza territoriale, finalizzata alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali. Da qualche tempo, è in corso un ripensamento dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale in virtù proprio dei cambiamenti sociodemografici del Paese, dovuti: al progressivo invecchiamento della popolazione; all'incremento di persone con almeno una patologia cronica e di condizioni di co-morbilità, in particolare in soggetti over settantacinquenni; alla progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie, con un gran numero di persone, over sessantacinquenni, che vivono sole; a una riduzione degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone over sessantacinquenni. Tali cambiamenti richiedono un modello assistenziale sensibilmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza, in stretta correlazione con il Piano



Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione. Nello stesso tempo si deve mirare a contenere la spesa sanitaria, mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, responsabilizzare il paziente sugli stili di vita, coinvolgendolo attivamente nella gestione della propria condizione di salute. Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, secondo una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali. Tra l'altro, a fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, bisogna che l'assistenza primaria debba essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e sempre più articolato su più professionalità. Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione, ha assunto, in tutto il mondo, forme di assistenza avanzata nelle cure primarie. In risposta agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche, tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). Caratteristica di questa figura è l'interesse verso l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute. L'attuale situazione epidemiologica e demografica della popolazione italiana, congiuntamente alle indicazioni fornite dall'OMS e alla necessità di rivedere i modelli di assistenza infermieristica territoriale, ha portato allo sviluppo di differenti esperienze di infermieristica di famiglia e comunità in Italia, riconosciute a livello legislativo o per mezzo di progetti e sperimentazioni. Le differenze tra le esperienze rispecchiano il processo di adattamento nel contesto locale di un modello concettuale che, allo stato, risulta essere condiviso. In considerazione delle esperienze esistenti e delle novità legislative intervenute, per predisporre e attuare un valido modello, lo stesso, deve tenere in considerazione alcuni aspetti peculiari, quali: l'aumento della cronicità, legata all'aumento delle persone che giungono ad età sempre più avanzate; la necessità di incremen-

tare l'empowerment individuale della persona assistita e l'empowerment di comunità. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità, quale professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica, agisce le proprie competenze nell'erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria. L'IFeC ha come obiettivo la salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento e favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Agisce in autonomia professionale, afferendo ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. Proprio perché, l'infermiere di Famiglia e Comunità può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi, per le diverse caratteristiche del contesto territoriale, nel predisporre un modello, bisogna necessariamente tener conto delle seguenti caratteristiche: la prossimità alla famiglia e alla comunità; la proattività; l'equità; la multi-professionalità. L'IFeC, può e deve diventare una delle figure centrali nel processo di sviluppo della nuova vision. Ma, affinché l'innovazione possa essere davvero tale, si ritengono fondamentali alcune condizioni, quali: la formazione dell'IFeC, a livello accademico, in percorsi post-laurea; il superamento del modello prestazionale, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali; la promozione di modelli di prossimità e di proattività anticipatori del bisogno di salute rivolti a tutta la popolazione, malata o sana; un bacino di utenza definito che sia coerente con le condizioni geografiche e demografiche del territorio di riferimento; la condivisione in modalità strutturate dello stesso bacino di utenti con gli altri professionisti; l'integrazione dell'azione degli Infermieri di Famiglia e Comunità con i servizi esistenti, attraverso percorsi condivisi e

definizione di ruoli complementari come il care manager; la finalizzazione dell'azione fondamentale degli IFeC al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità; la possibilità di agire in differenti ambiti, intervenendo a livello ambulatoriale, a livello domiciliare; livello comunitario e nelle strutture residenziali e intermedie. L'IFeC ha la responsabilità di gestire i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento. Opera in collaborazione con il MMG, il PLS e l'équipe multiprofessionale per aiutare individuo e famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute/assistenza e a gestire le patologie croniche e le disabilità. Il pool degli IFeC, affrisce direttamente alle strutture organizzative del Dipartimento/Servizio delle Professioni Sanitarie. L'IFeC deve essere inserito all'interno dei Servizi/Strutture distrettuali e deve garantire la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale. Agisce nell'ambito delle strategie dell'Azienda Sanitaria e dell'articolazione aziendale a cui affrisce, opera in stretta sinergia con la Medicina Generale, il Servizio sociale e tutti i professionisti coinvolti nei setting di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale. L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime a: livello individuale e familiare attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento; livello comunitario attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato. L'IFeC non è solo un erogatore di care, ma attivatore di potenziali di care, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'IFeC, presente nel territorio con continuità, è di riferimento per tutta la popolazione; tuttavia dato che la fragilità oggi è considerata la condizione da identificare precocemente nel modello di stratificazione del bi-

sogno, da supportare con interventi diversificati a favore della persona e delle risorse del contesto abituale di vita e che tale condizione vincola a prevedere modalità e livelli diversi di intervento coerenti con l'intensità e le caratteristiche del bisogno, è opportuno concentrare il focus dell'IFeC su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici. Grazie al processo di stratificazione della popolazione, individuato nel Piano Nazionale per la Cronicità (Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016), i Medici di medicina generale, l'IFeC e i professionisti dell'Area Sociale, possono rivolgere la loro attenzione alle fasce che presentano maggior fragilità e che possono giovare di un intervento precoce, integrato e multiprofessionale. Viste le caratteristiche epidemiologiche e il profilo demografico nazionale, la fascia di popolazione anziana con patologie croniche, è il target preferenziale. Inoltre, in particolari condizioni epidemiologiche, quale quella da COVID-19 attuale, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica, ad esempio per il tracciamento e monitoraggio dei casi di COVID-19 coadiuvando le USCA, in collaborazione con Medici di Medicina Generale e Igiene Pubblica e nelle campagne vaccinali. Non esistendo ad oggi in letteratura un preciso standard di riferimento, sarà necessario una volta messo a regime il modello che questo sia indagato con ricerche multicentriche ad hoc. Il bacino di utenza può comunque variare secondo le caratteristiche orografiche del territorio (aree interne, isole, comunità montane, zone metropolitane ad alta densità abitativa). In attesa delle indispensabili ricerche, si utilizzerà lo Standard di personale a risorse vigenti previsto dalla L. 77/2020: massimo otto infermieri ogni 50.000 abitanti. Le competenze richieste agli IFeC sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale, inoltre, devono possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, devono avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità. I requisiti



formativi previsti sono da definire con un ordine temporale differenziato. Se da un lato si riconosce la necessità di considerare rilevante prevedere un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici, dall'altro occorre considerare fondamentale avviare tempestivamente l'organizzazione dell'assistenza territoriale come indicato dalla L. 77/2020. Si ritiene quindi necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza. Avere un'esperienza in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienza di percorsi clinico-assistenziali (PDTA), di integrazione ospedale-territorio, di presa in carico di soggetti fragili. In una prima fase, si ritiene possibile avviare iniziative di formazione aziendale, sulla base di indicazioni regionali, che permettano di formare, in tempi brevi, infermieri per questa nuova forma di attività assistenziale territoriale. Tale formazione potrà essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso successivo a percorsi accademici, fermo restando che la Formazione dell'IFeC è individuata esclusivamente a livello accademico in percorsi post-laurea (Laurea Magistrale, Dottorato, Master I e II Livello). Allo stato, occorre favorire modalità che creino maggior stabilità nello sviluppo del modello organizzativo e permettano di valorizzare gli investimenti formativi messi in campo. Si raccomanda di adibire prioritariamente alla funzione di IFeC il personale infermieristico con elevata motivazione ed orientamento al modello di sviluppo territoriale dell'assistenza e già in possesso del profilo di competenze acquisito con Master/Corsi di formazione specifici o con competenze specifiche sviluppate sul campo a seguito della sperimentazione locale

di modelli di presa in carico proattiva della popolazione nel territorio. Nell'attesa dei risultati del tavolo di lavoro istituito con Protocollo d'intesa del 20 dicembre 2018, finalizzato ad individuare indicatori degli esiti correlati all'attività dell'IFeC, si potranno utilizzare i seguenti indicatori di esiti: n. ricoveri evitabili; n. accessi impropri al Pronto soccorso; n. chiamate ingiustificate al 118; n. accessi con le USCA; n. progetti di educazione sanitaria attuati. Per avere maggiori garanzie di successo: bisogna creare un patto di ferro fra Dipartimento delle cure primarie (DCP) nelle sue varie articolazioni e Dipartimento di prevenzione (DP) con la "regia" del Dipartimento/Servizio delle professioni sanitarie; bisogna mettere in campo la forza del "Territorio" in tutte le sue articolazioni, deve essere ben organizzata e governata armonizzando le figure professionali che lo popolano in un'ottica di collaborazione costante; bisogna partire dalla forza nascosta insita nel "Territorio", che affonda le sue radici nel rapporto fiduciario, nella vicinanza fisica ed emotiva e nel rapporto iterativo nel tempo; bisogna che l'innovazione passi attraverso l'ausilio di competenze specifiche e nuove relazioni nell'equipe di cura e con il cittadino. Parlare di cambiamento e soprattutto attuarlo concretamente è divenuto improcrastinabile. Purtroppo, da troppo tempo ormai, ci si imbatte contro solite e note barriere. Tra le principali barriere, all'implementazione di nuovi ruoli infermieristici nelle cure primarie, si annoverano la solita e aprioristica resistenza al cambiamento da parte del personale medico, l'assenza di legislazioni che ne riconoscano l'ambito di applicazione e un sistema educativo in grado di fornire agli infermieri le competenze necessarie. Questi monoliti, oramai vetusti, devono essere definitivamente abbattuti.

BIBLIOGRAFIA

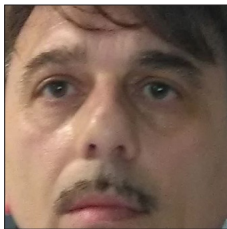
- Alma Ata Declaration on primary health care (1978);
- Patto della salute 2019/2021;
- Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- Legge 17 luglio 2020, n. 77;
- Position Statement FNOPI "L'Infermiere di famiglia e di comunità";
- Documento approvato dalla Conferenza delle Regioni il 10 settembre 2020;
- Documento approvato dalla Regione Toscana "Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di Famiglia e di Comunità".



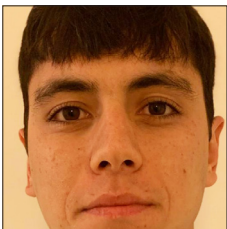
NEONATO CON ERNIA DIAFRAMMATICA CONGENITA

L'infermiere e l'alta complessità assistenziale nella gestione del neonato con ernia diaframmatica congenita (CDH)

Domenico
DENTICO



Raffaele
MANZARI



L'ernia diaframmatica congenita (CDH- Congenital Diaphragmatic Hernia) del neonato è una grave patologia caratterizzata dal passaggio di visceri addominali in cavità toracica, attraverso un difetto, più o meno esteso, del muscolo diaframma, causato dalla mancata chiusura del canale pleuro-peritoneale, che

normalmente avviene tra l'8^a e la 10^a settimana di gestazione. Nel 95% dei casi il passaggio dei visceri addominali in cavità toracica avviene attraverso i forami posteriori di Bochdalek, localizzati nella porzione postero-laterale del diaframma, ai lati della colonna vertebrale ed è per questo motivo che l'ernia viene definita postero-laterale. L'ernia di Bochdalek nella porzione sinistra del diaframma è molto più frequente e gli organi che in genere erniano sono lo stomaco e/o l'intestino tenue e crasso e/o la milza, mentre l'ernia a destra è più rara e gli organi interessati sono il fegato e/o la cistifellea e/o l'intestino e talvolta il rene

e in questo ultimo caso la prognosi è ancora più sfavorevole. Le ernie anteriori (ernia di Morgagni-Larrey) sono molto meno frequenti rappresentando il 5% e si diagnosticano, generalmente, incidentalmente negli adulti asintomatici. La forma più estrema e rara di CDH è rappresentata dall'agenesia del diaframma. La migrazione dei visceri addominali in torace determina le seguenti conseguenze:

- Ipoplasia polmonare (scarso sviluppo) omolaterale di vario grado e delle ramificazioni bronchiali, dovuta al fatto che non vi è spazio sufficiente per la crescita e interessa anche i vasi sanguigni e i rami dell'arteria polmonare con conseguente aumento della resistenza vascolare e ipertensione polmonare. L'ipoplasia polmonare è più grave nel lato dell'erniazione, ma può interessare anche il polmone controlaterale se lo spostamento mediastinico è rilevante.
- Deviazione (shift) del mediastino e del cuore verso il lato opposto a quello dell'ernia, a destra in caso di ernia sinistra, che è più frequente, e viceversa. Lo stomaco e le anse intestinali, dopo la nascita, appena il neonato piange e deglutisce aria, si distendono provocando difficoltà respiratoria acuta (distress respiratorio), ipossia e cianosi.
- Scarso sviluppo della cavità addominale, che molto spesso è piccola, e presenza di addome avvallato (scafoide). Nella sala parto, l'ernia diaframmatica se non diagnosticata prima, può essere sospet-



tata in neonati con difficoltà respiratoria e con addome scafoide.

- Presenza di borborigmi intestinali (rumori addominali simili a gorgoglii) e assenza di rumori respiratori sull'emitorace interessato dalla patologia.
- Ectopia dei toni cardiaci, udibili sul lato opposto dell'ernia, a causa dello spostamento del cuore.
- Altri reperti patognomonicici sono assenza di bolla gastrica in addome e polidramnios (maggiore quantità di liquido amniotico).

La presenza dei visceri addominali in torace può essere evidenziata all'ecografia fetale già alla 14^a settimana di gestazione ed è quindi diagnosticata in epoca prenatale, anche se non si può escludere un esordio tardivo. La terapia prenatale prevede un intervento chirurgico, effettuato in utero alla 26-28^a settimana di gestazione, in anestesia peridurale e anestesia fetale (tramite puntura intramuscolare ecogui data), attraverso cui si occlude mediante fetoscopia e temporaneamente

la trachea del feto (Fetal Endoscopic Tracheal Occlusion, F.E.T.O.) posizionando un 'tappo-PLUG' (palloncino) in trachea al di sotto delle corde vocali, in modo da impedire la fuoriuscita dei liquidi prodotti all'interno dei bronchi del feto per contrastare la compressione esercitata dai visceri erniati. La nascita, quando esiste una diagnosi prenatale, deve essere ritardata, possibilmente, dopo le 38 settimane, programmandola per garantire un'adeguata assistenza, che deve

avvenire in una struttura dotata di Terapia Intensiva Neonatale e Chirurgia Neonatale (centro di III° livello), avendo a disposizione una équipe multiprofessionale e multidisciplinare preparata e formata e con possibilità di eseguire, eventualmente, l'ECMO (ossigenazione extracorporea a membrana). Il parto viene eseguito con procedura EXIT (Ex Utero Intrapartum Therapy), che consiste in un trattamento del feto al di fuori dell'utero materno durante il periodo del parto, mantenendo il cordone ombelicale e quindi la connessione vascolare finché non si completino i primi interventi come la rimozione del palloncino, l'intubazione,

la ventilazione meccanica e il posizionamento di vena e arteria ombelicale. In caso di non miglioramento del neonato alle tecniche di sostegno respiratorio meno invasive, la procedura EXIT, comunque, potrebbe essere sfruttata per dare inizio immediato all'ECMO, prima che si arresti il flusso ematico placentare. La maggior parte dei neonati con CDH presenta, immediata-

mente dopo la nascita, una grave difficoltà respiratoria. In questi neonati la ventilazione con maschera facciale è proscritta, perché il suo utilizzo porterebbe ad una distensione gastro-addominale e al peggioramento della funzione respiratoria.

Si rende necessaria l'intubazione tracheale immediata, la sedazione e il posizionamento di un sondino oro-gastrico di grosso calibro (10 Fr) o ancor meglio di un tubo a doppio lume, tipo Replogle, molto più si-

“L'ernia diaframmatica congenita è una malformazione che consiste nella mancata o incompleta formazione del diaframma, con passaggio di visceri addominali in cavità toracica. La conseguenza di questa situazione è che gli organi erniati vanno a comprimere il polmone omolaterale impedendo il suo normale sviluppo tanto che alla nascita risulta ipoplasico e funzionalmente compromesso.

In alcuni casi gravi anche la funzionalità del polmone controlaterale, quello che si è sviluppato normalmente, può ridursi se lo spostamento mediastinico diventa rilevante”



curo rispetto a un normale sondino, da raccordare ad una fonte di aspirazione continua, con il vantaggio di una limitazione della pressione negativa. Per quanto riguarda il reperimento di un accesso vascolare inizialmente si può incannulare la vena ombelicale nel caso non vi sia erniazione del fegato e un accesso centrale a stabilizzazione avvenuta. Inoltre, al fine di impostare un frequente monitoraggio dell'emogasanalisi viene raccomandato l'incannulamento dell'arteria radiale, preferibilmente destra per calcolare l'indice di ossigenazione ($OI = FiO_2 \times 100 \times MAP / PaO_2$).

Il difetto del diaframma viene corretto chirurgicamente, non prima comunque delle 48 h dalla nascita, quando il bambino è stabile, da un punto di vista cardio-respiratorio, per almeno 48 h. Si definisce stabile un neonato che non presenti ipertensione polmonare, non necessiti di cambio di modalità di ventilazione e/o non richieda un incremento del-

la concentrazione di ossigeno (FiO_2). L'intervento consiste tecnicamente nella chiusura del muscolo diaframma in modo diretto se il difetto è piccolo o attraverso l'utilizzo di un patch di materiale sintetico o biologico nei casi in cui il difetto è molto grande o è presente agenesia del diaframma. La correzione chirurgica risolve sì il problema dell'ernia ma non, almeno in tempi brevi, le conseguenze dell'ipoplasia polmonare, per cui può essere necessario un lungo periodo, da giorni a settimane, per riuscire a far respirare autonomamente il neonato. Il 'Gold standard' dell'assistenza re-

spiratoria, in caso di CDH, è la ventilazione ad alta frequenza oscillatoria (HFO), che è una tecnica di ventilazione non convenzionale che utilizza una pressione di distensione continua (MAP - Mean Airway Pressure), costante e regolabile sulla quale la pressione oscilla (Ampiezza ΔP), con frequenze elevatissime di 10 -15 Hertz (1Hz = 60 atti al minuto), bassi volumi correnti (VT), inferiori allo spazio morto anatomico (2ml/Kg), impostando il TI al 33% (ossia I/E=1:2). Si realizza, così, una ventilazione meno invasiva con un reclutamento alveolare ottimale, ideale nell'ernia diaframmatica, in cui

c'è un maggiore rischio di rotture alveolari e pneumotorace, riducendo il rischio di ventilator-induced lung injury (VILI) e la conseguente morbidità polmonare. L'HFO è l'unica modalità di ventilazione in cui l'espiazione è attiva permettendo, così, di eliminare il problema dell'air trapping e di ridurre in maniera significativa l'ipercapnia per ottenere un pH arterioso

“Il ruolo dell'infermiere, oltre ad assistere direttamente il neonato, ha il compito cruciale di aiutare e supportare i neo-genitori nel primo contatto con il nascituro, in modo particolare il papà, visto che la mamma sarà ancora ricoverata. L'infermiere in questa fase, diviene colui che favorisce l'entrata del papà nella terapia intensiva (informandolo sui regolamenti della stessa, come il lavaggio delle mani prima di entrare, e la necessità di utilizzare indumenti come camice, cuffia, soprascarpe) e il primo incontro con il neonato”

tra 7,35 e 7,45. Tra le complicanze annoveriamo lo pneumotorace e l'ipertensione polmonare, quest'ultima è una complicanza temibile e rappresenta la maggiore causa di mortalità nei bambini con CDH. L'ipertensione polmonare si realizza per sovvertimento dell'anatomia dei capillari del polmone ipoplasico e il neonato sopravvive grazie al passaggio diretto di sangue venoso dall'arteria polmonare nella circolazione sistemica (shunt destro-sinistro) attraverso il forame ovale e il dotto di Botallo.

Il sangue immesso nella circolazione sistemica è, però, non ossigenato, per cui si ha



una cianosi persistente. E' importante, quindi, monitorare di continuo la saturazione di ossigeno pre-duttale (mano dx) e post-duttale (piede dx o sin), assicurandosi che la differenza si mantenga inferiore al 3%. In caso di ipossiemia andrebbe fornito una supplementazione di ossigeno per ossigenare adeguatamente i tessuti e ridurre il rischio di acidemia lattica. Si raccomandano Sat.O₂ > 93-94% per garantire una ottimale ossigenazione (PaO₂ tra 60-80 mmHg) e ridurre la vasocostrizione polmonare indotta anche dall'ipossia, che è un potente vasocostrittore polmonare. Nei casi più gravi si possono registrare pressioni polmonari maggiori di quelle sistemiche e in questa situazione si dovrà ricorrere, attraverso un apparecchio dedicato, all'uso inalatorio di ossido nitrico (NO), che è un potente vasodilatatore polmonare selettivo. In caso di ipotensione e scarsa perfusione, possono essere somministrati boli di fluidi isotonici, come la soluzione fisiologica (NaCl 0,9%) e, se necessario, inotropi, come la dopamina, l'adrenalina, la noradrenalina e la dobutamina. In alcuni casi particolarmente gravi, non responsivi ai trattamenti convenzionali, si può ricorrere all'utilizzo della ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO). Il neonato, di cui ci siamo occupati, richiede un enorme dispendio di energie e di risorse in una complessità assistenziale che fa riferimento ai seguenti tre aspetti:

1. Multi-disciplinare, perché sono coinvolti vari professionisti come il neonatologo, il chirurgo pediatrico, il fisioterapista, l'infermiere e altre figure chiama-

te a mettere in campo la loro "collettive expertise".

2. Multi-professionale, per la gestione di procedure, assistenza e terapie molto complesse, specialmente nelle 48 ore prima e dopo l'intervento.
3. Multi-dimensionale, per il concetto che la persona assistita e i suoi familiari (caregiver) sono parte centrale del processo assistenziale.

Il neonato affetto da CDH è un neonato considerato "A Massimo Impegno Assistenziale" e quindi rapportato al livello 1 delle Scale di Misurazione del Livello di Dipendenza (Dependency Level Scales) dei neonati in TIN proprio per la richiesta di assistenza e procedure nel periodo di stabilizzazione pre- e post-operatorio. Lo Staff Ratio, cioè il rapporto neonati assistiti/infermieri, ci permette, insieme alla valutazione del Livello di Dipendenza, di prevedere il peso dell'assistenza e quindi gestire le risorse umane in modo da ottenere un'assistenza qualitativamente e quantitativamente ottimale. Gli attuali riferimenti scientifici propongono, per questi neonati, uno 'Staff Ratio' più stretto e cioè 1:1 rispetto agli attuali rapporti di 1:2 o 1:3. L'assistenza erogabile deve essere basata su solide evidenze scientifiche, documentabile, osservabile, misurabile, confrontabile per renderla visibile e diretta ai bisogni globali della persona, aspetti realizzabili, solamente, attraverso un cambio culturale e di mentalità e nella piena consapevolezza di essere in grado di offrire valide risposte ai bisogni dinamici e molteplici del neonato e dei suoi genitori.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Cantarelli, M. (1996) 'Il modello delle prestazioni infermieristiche', Masson Editore;
- Dentico, D. (aa 2011/2012), 'Assistenza infermieristica al neonato con ernia diaframmatica congenita (CDH)'. Tesi Università degli Studi 'G. d'Annunzio' Chieti - Pescara - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea in Infermieristica, relatore Prof. Giuseppe Cipollone;
- Poli, M., Abelli, S., De Bellis, F., De Pascalis, S., Di Palmo, G., Molinaro, N. & Trombetta, F. (2007) 'Assistenza infermieristica al neonato affetto da ernia diaframmatica congenita inquadramento della patologia evoluzione dei trattamenti. Revisione della letteratura'. Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Policlinico S. Orsola-Malpighi. Centro Studi EBN;
- Bagolan, P. (2016) 'Ernia iatale-diaframmatica congenita'(2016), visitato il 11/07/2020 <<http://www.ospedalebambinogesu.it/ernia-diaframmatica-congenita#.Xwm01OfOPIV>>.



NEURONAVIGAZIONE: FUTURO CHE DIVENTA REALTÀ

Francesco
FERRI



Per quanto sia enorme l'impegno nella ricerca di nuove possibilità terapeutiche nei tumori cerebrali, l'asportazione chirurgica è ancora oggi un passaggio determinante e di grande aiuto per la guarigione o una migliore prognosi del paziente.

Scopo della chirurgia rimane un'asportazione quanto più radicale evitan-

Vito
GAETA



do però danni alle funzioni cerebrali. Due sono i principi fondamentali che bisogna tener presente:

- La conoscenza della posizione delle lesioni e dei rapporti con le strutture circostanti;
- La conoscenza delle funzioni cerebrali coinvolte dalle lesioni.

Per capire meglio il funzionamento della neuronavigazione dobbiamo innanzitutto capire che cos'è un tumore cerebrale ovvero una neoplasia che colpisce il SNC quindi l'insieme di encefalo, midollo allungato e cervelletto. I tumori cerebrali si distinguono in:

- Tumori Primitivi che si sviluppano direttamente nel tessuto nervoso;
- Tumori Secondari o Metastasi che prendono origine da tumori originari di altre strutture come il polmone o la mammella.

I tumori cerebrali vengono classificati in Tumori Gliali e Tumori non Gliali.

I tumori che originano dalle cellule Gliali che hanno funzioni di supporto e nutrizione dei neuroni, costituiscono da soli il 40% di tutti i tumori dell'SNC.

I Gliomi a loro volta sono suddivisi in base al sottotipo istologico e ritroviamo il Glioblastoma, Astrocitoma anaplastico, Astrocitoma diffuso, Astrocitoma Pilocitico, Oligodendroglioma, Ependimoma.

I tumori non Gliali sono tutti quei tumori cerebrali Primitivi che non originano dalle cellule Gliali e ritroviamo il Medulloblastoma, il Meningioma, i Linfomi Primitivi del SNC e tumori dell'ipofisi.

Le manifestazioni cliniche di una neoplasia cerebrale possono essere molto variabili e dipendono prevalentemente dalla sede colpita e dalle dimensioni ed aggressività della malattia. La sintomatologia, quindi, è causata da effetto massa o da infiltrazione del parenchima cerebrale e distinzione tissutale.

I sintomi più comuni sono: mal di testa, crisi epilettiche, nausea, vomito, perdita della memoria, confusione mentale, problemi alla vista come offuscamento, sdoppiamento o perdita della visione, difficoltà nell'articolazione del linguaggio, disturbi nel movimento e sensibilità, problemi improvvisi di udito.



La diagnosi la si effettua tramite esame obiettivo del neurologo il quale se positivo si procede con gli esami strumentali per la ricerca della neoplasia.

Gli esami strumentali sono la TC (Tomografia computerizzata), la RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e la PET (Tomografia ad Emissione di Positroni).

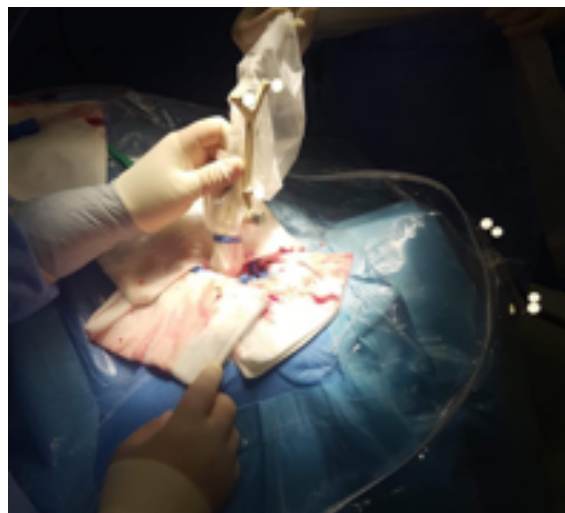
Dopo aver effettuato diagnosi positiva per neoplasia cerebrale si passa all'approccio chirurgico tramite craniotomia che senza l'intervento della NEURONAVIGAZIONE pone dei limiti, infatti questa tecnica rende la chirurgia più sicura permettendo dei passi in avanti significativi nell'asportazione chirurgica dei tumori cerebrali. Grazie alla neuronavigazione è possibile operare anche tumori localizzati in profondità o in sede critica consentendo al chirurgo di osare di più e di avere un carattere mininvasivo. Il neuronavigatore in sostanza può essere paragonato tranquillamente ad un moderno navigatore satellitare GPS che indica con precisione dove siamo e il percorso da seguire per raggiungere la meta, così il neuronavigatore ci permette di pianificare la strada eludendo ostacoli come arterie o aree sensibili del cervello, di eseguire l'intervento chirurgico conoscendo in tempo reale l'esatta posizione degli strumenti rispetto alla neoplasia.

La neuronavigazione in pratica è una tecnica che aumenta lo standard di qualità, il tutto inizia con l'acquisizione da parte del neuronavigatore di scansioni particolari di TC e RMN effettuando quindi una ricostruzione tridimensionale, una localizzazione spaziale che è visualizzabile sul monitor della workstation che a sua volta comunica con gli altri componenti del sistema com-

posto dalle telecamere ad infrarossi, il modulo di tracciamento ottico e il modulo ad ultrasuoni.

L'intervento viene effettuato in anestesia generale e il paziente posizionato in base alla localizzazione della lesione. Nelle immagini l'intervento effettuato nella sala operatoria di neurochirurgia dell'Ospedale "Divenere", la neoplasia era situata in fossa cranica per cui il paziente è stato posizionato prono con il supporto della testiera a tre punti di Mayfield, dove viene applicato il sistema di tracciamento utile a definire le coordinate del campo chirurgico.

La neuronavigazione in sostanza è un rinnovamento della tradizionale chirurgia portandola ad un livello superiore non solo dal punto di vista tecnologico ma anche a livello di conoscenze e abilità da parte degli



operatori coinvolti.

L'infermiere mette in campo tutte le sue abilità e conoscenze necessarie al raggiungimento dell'obiettivo. Sin dall'ingresso in sala operatoria, dall'anestesia, al posizionamento e alla strumentazione l'infermiere attua tecniche di pianificazione e prevenzione di eventuali complicanze e imprevisti che possono generarsi durante l'intera attività operatoria interagendo con numerose apparecchiature che la neuronavigazione richiede per minimizzare i rischi chirurgici e ridurre i tempi operatori.

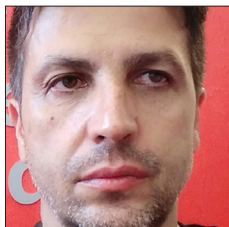
Il neuronavigatore quindi interagisce con: microscopio, amplificatore di brillantezza, neuroendoscopia, ecografo, robot, neurofisiologia.



DALLA “TOTIPOTENZA” PROFESSIONALE AL “TRASVERSALISMO” DELL’INATTESO

L’infermiere specialista nel 2020

Pietro
CORVACE



L’infermiere in Italia, svolge le sue attività in diversi contesti assistenziali, in differenti ambienti lavorativi e in molteplici situazioni tecnico-procedurali. Tale completezza, versatilità o “totipotenza”

professionale viene acquisita dall’infermiere con percorso universitario, di durata triennale, che lo abilita alla professione infermieristica, proiettandolo nel mondo lavorativo, attraverso specifiche selezioni pubbliche e private, o altro. La “totipotenza” per l’infermiere neolaureato, qui impropriamente definita (in riferimento all’uso terminologico), ben esprime quel doverosi affacciare nel mondo lavorativo e formativo post-base, senza una determinata specificità e “differenziazione” di competenze, proprio come accade in ambito biologico, nei processi cellulari di differenziazione così definiti, dove le cellule andranno a svilupparsi e successivamente specializzarsi. L’infermiere acquisisce competenze, grazie all’esperienza sul campo e sulla base di percorsi di aggiornamento e di studio specifici, come master, corsi ed eventi formativi, consegue nuove competenze professionali specifiche, affinandole ulteriormente insieme a quelle generali. L’acquisizione esperienziale sul campo, permette il conseguimento di una specializzazione/expertise infermieristica appresa con la pratica infer-

mieristica quotidiana, fondata sull’esperienza e guidata dall’utilizzo di strumenti organizzativi specifici e di lavoro, sempre in riferimento alle linee guida e buone pratiche. I percorsi di aggiornamento, di formazione e di studio permettono al professionista infermiere, durante la sua carriera lavorativa, di specializzarsi, potenziarsi in specifiche competenze o aree assistenziali, grazie a percorsi universitari costituiti da specifici master/corsi universitari, o lauree (es. L. magistrale), altresì frequentando eventi e corsi formativi specifici, organizzati in ambito lavorativo, o da organizzazioni scientifiche infermieristico-sanitarie, specifiche di quell’area. Ma cosa significa specializzazione per un infermiere? Effettuando una ricerca bibliografica su banche dati di ricerca specifiche, utilizzando adeguatamente le parole chiave riferite a: “infermiere” e “specialista” (in inglese), produce, senza l’utilizzo di determinati “filtri”, molti articoli della letteratura internazionale, che ad una iniziale disanima, evidenziano un ampio e variegato quadro concettuale sull’argomento. Tralasciando il contesto internazionale riguardante l’argomento, è utile soffermarsi su quello complesso italiano, il quale offre molti spunti, considerazioni e riflessioni. Una ricerca bibliografica, nello specifico, normativa, nel contesto nazionale (Italia), prendendo in considerazione i termini “infermiere” e “specialista” o “specializzazione”, ha prodotto diversi risultati, delineando un quadro tracciato principalmente da specifici riferimenti normativi, in cui sono presenti evidenti richiami alla figura dell’infermiere specialista e gli ambiti di interesse. In sintesi, di seguito indicate le



principali norme in questione:

- D. M. n. 739/94: rappresenta la norma di riferimento infermieristica, il profilo professionale, che seppur non recente, indica considerando aree di competenza, l'infermiere specialista individuato sulla base di acquisizione "post-base" di conoscenza specifica in un campo delle 5 aree indicate nel comma 5 dell'art 1. Tale considerazione specialistica prevede anche l'implementazione in altre aree, come poi precisato nel comma 6 dello stesso articolo; specializzazione che viene attestata formalmente costituendo il requisito di preferenza per le attività specifiche (comma 7).
- D.M. n. 509/99: in questa norma, riguardante la riforma universitaria del 1999, è indicato, il corso di laurea "specialistica", dove viene riportato nell'art.3 comma 5 la finalità di formazione, (nello specifico, come da estratto: [...] "una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici". [...]. I termini utilizzati e il concetto espresso nell'articolo citato, delineano, in ambito formativo, una formalizzazione specialistica formativa.
- L. n. 251/2000: una norma base per le professioni sanitarie e in particolare per la dirigenza, che con la promozione delle funzioni infermieristiche, rafforza l'orientamento e la predisposizione della professione, verso la settorializzazione/specificità/specializzazione.
- L. n. 43/2006: nell'art. 6 comma c, viene individuata la figura specialista dei professionisti sanitari, quindi dell'infermiere, sulla base del possesso del titolo di studio specifico, ovvero di un master di I livello, riconosciuto dalle norme e rilasciato dall'università.
- L. n. 190/2014: la definizione delle competenze e delle funzioni, termini utilizzati finora, viene ribadita, nell'art. 1 comma 566, in riferimento anche della formazione complementare.
- C.C.N.L. Comparto Sanità - 2016/2018: vengono riconosciuti e definiti contrattualmente, negli articoli dal 14 al 16, gli "incarichi funzionali", in riferimento ai relativi ruoli delle professioni. Sono istituiti quindi anche per l'infermiere, come per le altre professioni del comparto, due tipologie di incarico, e precisamente: "incarico di organizzazione",

"incarico professionale".

Il primo riguarda la funzione di coordinamento, che viene indicata riferendosi a norme specifiche come la legge n. 43/2006, e quindi al possesso di requisiti specifici (master). Il secondo, invece distingue, sulla base di norme specifiche, l'"incarico professionale", in quello di: "professionista specialista" e "professionista esperto", ovvero rispettivamente l'infermiere che ha acquisito in riferimento a note normative, uno specifico titolo di studio, come da estratto: [...] "master specialistico di primo livello" [...], e l'infermiere in possesso di determinate competenze, definite "avanzate", conseguite sul campo e attraverso una formazione regionale detta complementare.

- Codice Deontologico delle professioni infermieristiche (2019): sono riscontrabili i concetti ed orientamenti di specializzazione infatti: nell'art. 13 si fa riferimento alla consulenza, la quale rappresenta espressione dell'agire competente condiviso, e che saldamente costituisce una funzione riconosciuta a livello internazionale, esprimendo una specializzazione di competenze, in una determinata area assistenziale. Nell'art. 30, invece, sono richiamate le funzioni in riferimento alla responsabilità, all'organizzazione lavorativa, formativa degli infermieri, ribadendo quindi l'orientamento alle specializzazioni della professione.
- D.G.R. n.1580/2019, Regione Veneto: la Regione Veneto recependo le indicazioni del C.C.N.L. del Comparto Sanità (2016-2018), in riferimento all'incarico funzionale, come definito dal documento nazionale contrattuale, ha concepito ed "adattato" l'"istituzione" regionale di percorsi formativi, complementari, per le finalità connesse al conseguimento di quelle competenze definite "avanzate", assimilabili e comprensibili, a quelle specialistiche.

A fronte di quanto detto finora, è curioso rilevare come nel panorama italiano esistano "informalmente", diverse denominazioni infermieristiche, che insieme a quelle rappresentate dalla caratterizzazione del contesto/area assistenziale, in cui ogni infermiere è impegnato lavorativamente nel tempo, costituiscono buona parte di quelle figure infermieristiche che esprimono determinate specificità, specialità, specializzazioni, le quali sono peraltro evidenziate, indi-



cate, non solo concettualmente, nelle norme precedentemente individuate. In tutti i contesti in cui le azioni infermieristiche si realizzano, a livello interdisciplinare, i fenomeni cosiddetti di “Task Shifting” (trasferimento delle competenze) e di “overlapping” (sovrapposizione), di competenze e non solo avanzate, costituiscono spesso espressioni di specializzazione, che vanno considerate, nel quadro delle relazioni/rapporti professionali, con particolare attenzione, in quanto necessitano di supporti normativi e scientifici, che disegnino chiaramente le dimensioni delle competenze.

È doveroso esprimere a questo punto, un'importante considerazione, in riferimento al tema generale della specializzazione, nel contesto attuale emergenziale del “Covid-19”. Il 2020 ha dato prova che, un evento sconvolgente come l'inattesa pandemia del “Covid-19”, è stato in grado di provocare una grande emergenza sanitaria mondiale, la quale ha impegnato e ridisegnato ogni metodologia, ogni “modus operandi” professionale sanitario, ogni sistema multidisciplinare, oltre alla governance dei “policy makers”, generando la necessità, incombente e indifferibile, di un'acquisizione e messa in campo immediata ed efficace di competenze specifiche sia sanitarie che organizzative, adattabili al nuovo contesto di gestione clinico-assistenziale nei confronti del virus.

L'infermiere ha una predisposizione “fenotipica” a saper operare anche nell'inatteso, grazie alla sua preparazione e applicazione metodologica di base, (es. problem solving, decision making), che gli permette di esprimere le proprie competenze, anche in contesti assistenziali particolarmente impegnativi. Le dimensioni e la complessità di questa emergenza pandemica, hanno messo a dura prova, questa “competenza infermie-

ristica all'inatteso” dell'infermiere, nell'espressione delle sue competenze a tutti i livelli (assistenziali, organizzativi, manageriali). Questa emergenza ha insegnato agli infermieri, che a questo “patrimonio professionale”, è necessario aggiungere un'ulteriore specializzazione infermieristica, che sia trasversale alle diverse espressioni di specialità, ovvero quella di una specifica specializzazione relativa alla gestione a tutti i livelli, in riferimento al Covid-19, che per le ragioni finora espresse, possa concretizzarsi sottoforma di una “specializzazione trasversale all'inatteso”, che possa essere efficace nelle risposte infermieristiche a tutti i livelli nei confronti di improvvisi e inattesi eventi sanitari.

Pertanto, quella “totipotenza professionale” si completa assumendo la configurazione di un nuovo paradigma, ovvero che l'infermiere nelle sue “differenziazioni” specialistiche, nelle rappresentazioni e modalità indicate finora, necessita di acquisire un'ulteriore specializzazione di natura trasversale, ovvero comune nella sua specificità a tutte le “forme” di specializzazione infermieristica, e cioè quella definibile dell'inatteso.

In sintesi e conclusione, l'infermiere detiene originariamente, quella “totipotenza” professionale, che col tempo si specializza, vestendo anche la propria figura, di quel definiamolo, “trasversalismo” (termine forse impropriamente utilizzato) dell'inatteso descritto, resosi inevitabile dal 2020, definito “l'anno internazionale dell'infermiere”, fatalmente coinciso con l'emergenza pandemica del Covid-19, che ha impegnato il limitatamente le forze della professione infermieristica, consolidando esternamente ancor più il valore della professione, già di per sé importante, e apportando straordinariamente cruciali e vitali insegnamenti.

BIBLIOGRAFIA

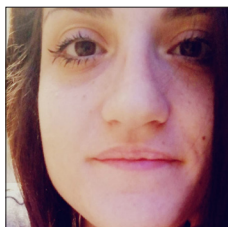
- D.M. n. 509/99 (ultimo accesso: 27/09/2020). Disponibile all'indirizzo: http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0098Normat/2088Regola.htm;
- Legge n. 251/2000 (ultimo accesso: 27/09/2020). Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/09/06/000G0299/sg>;
- Legge n. 43/2006 (ultimo accesso: 27/09/2020). Disponibile all'indirizzo: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/060431.htm>;
- Legge n. 190/2014 (ultimo accesso: 27/09/2020). Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/12/29/14G00203/sg>;
- C.C.N.L. Comparto Sanità - 2016/2018 (ultimo accesso: 27/09/2020). Disponibile all'indirizzo: https://www.aranagenzia.it/attachments/article/9016/CCNL%20comparto%20SANITA%27%20definitivo_sito%20.pdf.



L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Struttura in grado di erogare assistenza sanitaria di breve durata in raccordo con l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare e residenziale socio sanitaria

Immacolata
CAPURSO



Michele
FIGHERA



Assieme all'infermiere di famiglia/comunità previsto e ufficialmente istituito nel Patto per la Salute 2019-2021, l'Ospedale di comunità è la chiave del buon funzionamento del nuovo modello di assistenza che deve tenere in considerazione il peso sempre maggiore delle cronicità e la necessità di in-

terventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che sono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio e hanno bisogno di assistenza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, che non può essere garantita a casa del paziente. L'ospedale di comunità è una struttura sanitaria extraospedaliera che offre una residenzialità temporanea, di norma per un massimo di trenta giorni, dopo la dimissione da strutture per acuti per completamento delle cure ovvero per situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie. È una struttura intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero, un collegamento tra i servizi territoriali e l'ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in

reparti specialistici, ma che hanno bisogno di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio.

È una struttura di ricovero breve per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. È riservato a quei pazienti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono tuttavia essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi logistici e/o socio sanitari. Assicura interventi sanitari caratterizzati da un medio livello di medicalizzazione (assistenza medica assicurata dal M.M.G.), ma contemporaneamente di livello medio-alto per gli aspetti di assistenza infermieristica e riabilitativi, finalizzati al mantenimento e/o al recupero dell'autonomia nonché alla cura della persona. Le persone assistite sono pazienti, prevalentemente con patologia cronica, che provengono da una struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, che clinicamente possono essere dimessi dall'ospedale per acuti, ma non si trovano in condizione di poter essere adeguatamente assistiti a casa (pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio). Possono accedere malati affetti da patologie croniche a bassa complessità assistenziale che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari, persone che a seguito di malattie acute o evolutive necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio, malati in fase preterminale-terminale non gestibili a domicilio. Nell'ospedale di comunità sono accolti pazienti con patologie di grado lieve-medio, solitamente appartenenti all'area della senescenza e della disabilità (proces-





so biologico involutivo associato all'invecchiamento, caratterizzato da modificazioni strutturali e dal decadimento di varie attività e funzioni fisiologiche), non assistibili a domicilio, in particolari momenti di acuzie al fine di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, ovvero nel periodo di immediata post-acuzie per favorire, attraverso un percorso assistenziale intermedio, il rientro a domicilio in condizioni adeguate e contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

L'ospedale di comunità è uno strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura. Non va inteso come struttura ex novo, ma come la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, che vengono rimodulate all'interno di un nuovo modello organizzativo.

Detta tipologia assistenziale deriva dalla riconversione di strutture ospedaliere di piccole dimensioni ovvero da strutture sanitarie o sociosanitarie funzionanti pubbliche o private accreditate. La gestione clinica è affidata al MMG/PLS di ogni singolo paziente, mentre il servizio di Continuità Assistenziale garantisce l'assistenza prefestiva, festiva e notturna. I medici specialisti dipendenti o convenzionati assicurano le consulenze specialistiche necessarie. L'ospedale di comunità opera attraverso la presa in carico globale dei bisogni della persona assicurando ai pazienti continuità di assistenza tra ospedale e domicilio mediante piani di cura personalizzati. L'assistenza è erogata in moduli assistenziali, di norma, di 15-20 posti letto. La durata media della degenza attesa ha una durata limitata, di norma non superiore alle 6 settimane, in relazione alle valutazioni e agli obiettivi definiti. L'ospedale di comunità può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconver-

titi, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre.

Vi possono accedere pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati hanno bisogno di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

I criteri per l'accesso prevedono:

- diagnosi già definita;
- prognosi già definita;
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica attraverso scale di valutazione standardizzate;
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

È un modello a prevalente gestione infermieristica che se applicato sul territorio anche per altri meccanismi assistenziali (come ad esempio l'infermiere di famiglia e di comunità) non solo rende più immediata la risposta ai bisogni di salute dei pazienti, ma è in grado anche di essere finalmente filtro e meccanismo di continuità tra territorio e ospedale che consentono cure sempre appropriate e accorciano sensibilmente anche le liste di attesa.

BIBLIOGRAFIA

- Patto per la Salute 2019-2021;
- Patto per la Salute 2014-2016 e Piano nazionale della cronicità;
- Conferenza Stato-Regioni del 20/02/2020 (Rep. Atti n. 17/CSR);
- D.M. n. 70 del 02/04/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1977 del 06/11/2018 Regione Puglia: Approvazione schema di Regolamento Regionale "Modello organizzativo e di funzionamento dell'Ospedale di Comunità".



IL METODO SBAR AI TEMPI DEL COVID-19

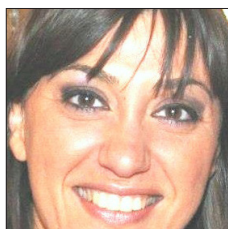
Il metodo SBAR - ai tempi del COVID-19 - nella trasmissione orale di informazioni tra operatori sanitari in ambito oncologico

Vincenzo
D'ADDABO



Il Ministro della Salute nel piano della cronicità ha previsto l'adozione di modelli, tecniche e strumenti che producano benefici nella gestione del paziente cronico e/o fragile, quale essere il paziente oncologico.

Mariana
MIANO



La Presidente Barbara Mangiacavalli della FNOPI, in una recente dichiarazione, ha sottolineato che nel nuovo Codice

Deontologico in un articolo ad hoc l'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività rivolte al paziente.

L'emergenza COVID-19 sta mettendo a dura prova la tenuta del Sistema Sanitario Nazionale, evidenziando lacune e ritardi, ma ha anche accelerato la trasformazione digitale e l'urgente rinnovamento della "cassetta degli attrezzi" per rispondere con un sistema

di precisione alla continuità di cura in sicurezza per il paziente.

Nel porre l'attenzione sul rinnovamento degli strumenti siamo partiti dall'atavico problema della corretta comunicazione tra operatori sanitari al fine di elevare sempre più la qualità delle prestazioni erogate.

L'alba del 2021 vedrà l'implementazione del progetto "Metodo SBAR nell'era COVID-19", contestualizzato nell'Istituto Tumori "G. Paolo II" di Bari e la sperimentazione, per sei mesi, con l'obiettivo finale della implementazione e quindi l'auspicato rinnovamento della cassetta degli attrezzi.

La letteratura è concorde nel considerare il metodo SBAR come lo strumento più efficace da utilizzare in tutte le situazioni in cui vi sia un passaggio di presa in carico dell'assistito, particolarmente utile nell'impatto emotivo della comunicazione orale.

Le informazioni rilevanti vanno date senza aggiungere dettagli non necessari. Le informazioni devono essere fornite usando un linguaggio comprensibile e una terminologia condivisa. Si deve evitare di dilungarsi in dettagli superflui o non pertinenti che andrebbero a confondere il quadro. Il passaggio delle informazioni deve essere effettuato prontamente e in caso di situazioni di emergenza senza perdere tempo prezioso per la successiva fase di azione.

Una comunicazione efficace durante il passaggio delle consegne tra operatori sanitari, risulta essere di fondamentale importanza considerando la trasmissione di informazioni e dati che si riferiscono alla salute delle persone. La delicatezza e la criticità di que- >>



sto momento della pratica clinica assistenziale è stato avvertito dal gruppo infermieristico del nostro Istituto, per cui è nata immediatamente la risposta del Servizio delle Professioni Sanitarie che ha cercato di “risistemare la cassetta degli attrezzi” a disposizione e proporre strategie e soluzioni, attraverso un percorso di formazione sul campo e l’elaborazione di un progetto, per rendere il passaggio di informazioni tra operatori sanitari uno strumento sicuro, condiviso ed efficiente. Il progetto produrrà, attraverso la revisione della letteratura e la realizzazione di un progetto formativo di miglioramento, l’elaborazione di una specifica scheda di passaggio di informazioni tra operatori sanitari. Adottato inizialmente in ambito militare e industriale per impartire rapidamente ed efficacemente istruzioni nella catena di comando, il metodo SBAR è una modalità comunicativa univoca che previene gli errori delle informazioni. Applicato in ambito sanitario soltanto negli anni ‘90 in America, nel 2009 il metodo è stato inserito dall’OMS tra i “Communication tools” per la sicurezza dei pazienti e ne viene raccomandata l’adozione a livello internazionale. Secondo Demeestr (2013) e Randmaa (2014) l’utilizzo di questo metodo, versatile e semplice, migliora le comunicazioni intra e interprofessionali. La letteratura è concorde del ritenere che il metodo SBAR contribuisce inoltre alla formazione di un modello mentale condiviso dagli operatori. Ricordando che ogni professionista della salute ha l’obbligo normativo e deontologico di documentare per iscritto il proprio operato, Il trasferimento di informazioni cliniche tra professionisti in ambito sanitario è condizione necessaria per garantire la continuità delle cure e la sicurezza del paziente. Se lo scambio di informazioni è approssimativo, lacunoso o inefficace, il rischio di eventi avversi aumenta in modo esponenziale. Poiché gli infermieri - secondo gli studi di Noban 2003, Wilkinson e Lardner 2013 - devono basarsi sul contenuto e sulla precisione delle consegne al cambio turno per poter prendere decisioni cliniche e dare priorità assistenziali, si capisce quanto sia fondamentale e delicato il momento del passaggio delle informazioni orali tra operatori sanitari e del metodo adottato per garantirle. Dallo studio Meibner (2007) il 53% degli

infermieri in Italia non è soddisfatto delle consegne al cambio turno per mancanza di tempo e di spazio dedicato, per molte interferenze, per una brutta atmosfera tra colleghi, per informazioni insufficienti.

Il metodo SBAR può essere utilizzato per standardizzare tutti i passaggi di informazione in qualunque fase del percorso terapeutico del paziente e si adatta al nostro contesto di cura. Si applica sia ai passaggi di informazione verbali sia scritte e sia in ambito di routine che nell’emergenza. È adatto sia per il passaggio delle informazioni tra medico-infermiere, tra medico-medico, tra infermiere-infermiere e quando esiste gerarchia tra attori coinvolti. Permette un passaggio di consegne conciso, veloce e allo stesso tempo completo e ordinato, riducendo le incomprensioni, la trasmissione di informazioni incomplete e le perdite di tempo. È il metodo di passaggio di informazioni aggiornate sul paziente. Costituisce il momento in cui gli operatori sanitari si comunicano gli eventi rilevanti e i dati per pianificare l’assistenza. Consente all’intera équipe di conoscere gli eventi verificatisi e permette di migliorare e gestire le attività future. Esso garantisce la continuità. Durante la permanenza in ospedale un paziente viene preso in carico da un numero considerevole di professionisti sanitari, ciascuno di loro dotato di autonomia decisionale. La comunicazione durante la “consegna” da un professionista all’altro è una fase molto delicata e soggetta ad errori od omissioni che possono portare ad eventi avversi anche gravi.

Il metodo SBAR previene le criticità comunicative. Nell’ambito dei fattori determinanti l’errore, molta attenzione è stata indirizzata verso gli aspetti comunicativi e i così detti “fattori umani” che intervengono per elevate percentuali nella dinamica dell’errore. Nelle situazioni lavorative (sia ordinarie che di emergenza) medici, infermieri e altri professionisti sanitari comunicano in stili diversi, per cui una modalità comunicativa univoca è fondamentale per ridurre gli errori e limitare la perdita di informazioni, determinanti nei processi decisionali.

Applicando correttamente il metodo, anche attraverso l’impiego di schede ad hoc o promemoria, si avrà una comunicazione breve, circostanziata e focalizzata sul proble-



ma da risolvere. Gli errori individuali si riducono, in quanto il sistema crea delle proiezioni successive. Il lavoro di gruppo viene facilitato perché ogni rilevanza clinica tende ad essere tempestivamente ed esaurientemente condivisa tra tutti i soggetti interessati. Infine la tecnica facilita il “debriefing”, utile allo scopo di apporre migliorie in continuazione. Poiché comunicare bene è fondamentale, uno scambio di informazioni idoneo è fondamentale per garantire il raggiungimento di una adeguata consapevolezza situazionale (situazione passata, presente e possibile evoluzione futura) e per creare un modello mentale il più possibile corrispondente al vero. Conseguenza ultima di errori a tale livello è la compromissione della successiva fase decisionale, con potenzialmente gravi ripercussioni in termini di sicurezza delle cure prestate al paziente. Il metodo SBAR fornisce una sorta di check-list per presentare in modo chiaro, completo e sequenziale dati importanti riferiti alla situazione attuale e pregressa del paziente, mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nelle ore seguenti. L'attività formativa, coinvolgerà tutti gli

operatori sanitari delle Unità Operative di degenza, con una durata effettiva di 20 ore (8 ore teoriche di aula e 12 ore di pratica) facendo riferimento all'obbligo formativo riveniente dalla Educazione Continua in Medicina sulla comunicazione efficace con il paziente, la privacy e il consenso. Obiettivo primario dell'evento formativo sarà l'acquisizione delle competenze di processo. La rilevanza formativa del progetto sarà legata alla sperimentazione dell'applicazione e contestualizzazione di un modello teorico alla propria realtà lavorativa nonché all'acquisizione di un metodo di selezione delle informazioni prioritarie e indispensabili da trasmettere al turno successivo.

Il gruppo di lavoro sarà coordinato dai Responsabili Scientifici Dott. Vincenzo D'Addabbo e Dr. Giuseppe Carravetta con partenza prevista per il mese di Gennaio 2021 e conclusione prevista per il mese di Giugno 2021. I risultati della sperimentazione saranno divulgati ai colleghi, di altre aziende sanitarie, nell'ottica di diffondere la cultura scientifica basata sulla formazione e condivisione per la generazione di buone pratiche.

BIBLIOGRAFIA

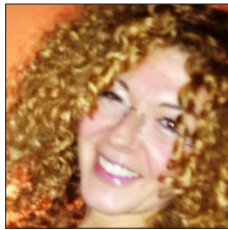
- Rea T, et al., 2018. Effectiveness of the Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) methodology in patient handovers between nurses, Italy. *Igiene e Sanità Pubblica* 2018 May-Jun;74(3):279-293;
- Müller M, et al., 2018. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *British Medical Journal* 2018 Aug 23; 8(8);
- Bonds RL., 2018. SBAR Tool Implementation to Advance Communication, Teamwork, and the Perception of Patient Safety Culture. *Creative Nursing* 2018 May 1;24(2):116-123
- Fabbro E., 2014. Metodi a confronto nel passaggio delle consegne: il metodo SBAR. *Soc Medicina Generale Udine*;
- Fitzpatrick D, et al., 2018. Critcomms: a national cross-sectional questionnaire based study to investigate prehospital handover practices between ambulance clinicians and specialist prehospital teams in Scotland. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 2018 Jun 1;26(1):45;
- Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Quaderni per la qualità e la sicurezza del paziente - Prevenire gli errori di comunicazione: il metodo SBAR, Catania, 2010;
- Biscaro M, Benetton M, Il passaggio di consegne tra emergenza territoriale e pronto soccorso, studio osservazionale con metodo SBAR, Scenario n. 1 2014.
- Compton J, Copeland K, Flanders S, Cassity C, Spetman M, Xiao Y, Kennerly D, Implementing SBAR across a large multihospital health system, *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, Jun 2012;
- De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P, SBAR improves nurse - physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study, *Resuscitation*, March 2013;
- World Health Organization, Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools.



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

La legge Gelli-Bianco si rivolge ad assistiti e a tutti gli operatori sanitari

Elena
CHIEFA



Vincenzo
INGLESE



La professione infermieristica, nel corso degli anni, ha subito profondi cambiamenti imputabili all'evoluzione normativa e formativa che hanno consentito il passaggio da attività ausiliaria della professione medica a professione sanitaria autonoma: il D.M. 739/1994 ha tracciato il profilo professionale;

la legge 42/99 ha abolito il mansionario abrogando il concetto di professione ausiliaria e riconosciuto la professione infermieristica come professione sanitaria autonoma; la legge 251/2000 oltre ad aver istituito la dirigenza sanitaria e gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea ha ribadito che l'infermiere svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva; la legge 43/2006 ha previsto espressamente l'obbligo di iscrizione all'albo per l'esercizio dell'attività professionale come avviene per tutte le professioni intellettuali.

Questa evoluzione ha determinato un radicale cambiamento in tema di autonomia professionale che ha inciso profondamente sul tema della responsabilità.

L'infermiere, da semplice esecutore è diventato soggetto attivo nello svolgimento della propria attività professionale con conseguenti responsabilità, nell'ipotesi di errori nel proprio operato o nelle proprie decisioni, in sede civile, penale e disciplinare/amministrativa. Infatti, si passa da una responsabilità limitata, e circoscritta al mero atto esecutivo eseguito sotto il controllo medico (in quanto ausiliario della professione medica), alla assunzione di una responsabilità piena e diretta dell'atto infermieristico compiuto in autonomia dal professionista infermiere (l'Infermiere è titolare del proprio atto sanitario).

Il professionista infermiere sceglie in autonomia (si intende per autonomia la possibilità di esercitare le attività assistenziali, negli ambiti di propria competenza, in funzione della tutela del malato, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità del servizio) e si assume la responsabilità (si intende per responsabilità l'insieme delle conseguenze alle quali si espone il professionista nello svolgimento delle sue attività professionali).

La responsabilità dell'infermiere nasce da una prestazione inadeguata che ha prodotto effetti negativi sulla salute del paziente e questa è una responsabilità aggravata in quanto responsabilità professionale delle sue scelte.

La responsabilità può essere definita come



la possibilità di prevedere le conseguenze del proprio comportamento (nel diritto il comportamento umano può essere preso in considerazione come fatto giuridico, più precisamente come atto giuridico se è rilevante la sua volontarietà o come mero fatto se, invece, non è rilevante) e correggere lo stesso sulla base di tale previsione.

La responsabilità presuppone una situazione di libertà, in cui la persona può scegliere quale comportamento tenere; se tale scelta non gli fosse possibile, infatti, anche laddove fosse in grado di prevedere le conseguenze delle sue azioni, non potrebbe comunque adottare un diverso comportamento alla luce della sua previsione.

Emerge, quindi, che una persona si può dire responsabile di uno stato di cose se lo stato di cose è una conseguenza del suo comportamento; se la persona avrebbe potuto prevedere questa conseguenza del suo comportamento; se la persona, volendo, avrebbe potuto comportarsi diversamente, evitando così tale conseguenza.

Esistono diverse tipologie di responsabilità:

- Responsabilità penale: deriva dalla commissione di un reato;
- Responsabilità civile: deriva da un atto illecito che abbia prodotto un danno patrimoniale o extrapatrimoniale. Può discendere, ma non necessariamente, da un reato;
- Responsabilità deontologica/disciplinare: discende dalla violazione di un regolamento di disciplina come il Codice Deontologico.

La *responsabilità civile* si ricollega alla realizzazione di una condotta (commissiva o omissiva) che ha come conseguenza la produzione di un danno patrimoniale o non patrimoniale ad un altro soggetto. Presupposto della responsabilità civile è l'esistenza di un danno risarcibile.

La responsabilità civile si distingue in Responsabilità contrattuale e Responsabilità extracontrattuale.

“La fallibilità è una caratteristica dell’essere umano. Noi non possiamo cambiare l’essere umano, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli esseri umani operano...”

James Reason

La *responsabilità contrattuale* è disciplinata dall’art. 1218 CC. L’art. 2226 CC pone una limitazione di responsabilità del prestatore d’opera professionale, circoscrivendola ai soli casi di dolo o colpa grave, qualora il professionista si trovi di fronte a problemi tec-

nici di speciale difficoltà.

La *responsabilità extracontrattuale* è disciplinata dall’art. 2043 CC che prevede che qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che lo ha commesso a risarcire il danno.

La *responsabilità penale* è sempre personale e non è trasferibile a terzi. In ambito penale l’esercizio dell’attività infermieristica è caratterizzata anche dall’attribuzione di determinate qualifiche giuridiche (pubblico ufficiale, incaricato di pubblico servizio, esercente un servizio di pubblica necessità).

Tali qualifiche giuridiche assumono rilievo perché alcuni reati vengono puniti più gravemente se commessi nella veste di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, alcuni reati sussistono solo in quanto commessi da chi riveste tali qualifiche (es. rifiuto di atti d’ufficio, falso in atto pubblico).

Sono *pubblici ufficiali*, ai sensi dell’art. 357 del C.P. coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.

Sono *incaricati di pubblico servizio*, ai sensi dell’art. 358 del C.P. coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Sono persone che esercitano un servizio di pubblica necessità, ai sensi dell’art. 359 del C.P. i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell’opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi; i privati che, non esercitando una pubblica funzione, ne



prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica amministrazione.

L'infermiere che presta la propria attività lavorativa alle dipendenze di strutture pubbliche riveste la qualifica di incaricato di pubblico servizio. L'infermiere che svolge attività libero-professionale o alle dipendenze di una struttura privata riveste la qualifica di esercente un servizio di pubblica necessità. Tali qualifiche non sono astratte ma sono correlate alla specifica attività effettuata

nel momento in cui si è verificato il reato. Un infermiere che esercita la propria attività alle dipendenze di una struttura pubblica, ma che, al di fuori del proprio orario di servizio, svolge attività libero-professionale, può assumere, a seconda dei casi, sia la qualifica di incaricato di pubblico servizio che quella di esercente un servizio di pubblica necessità.

Gli *elementi oggettivi* del reato sono: la condotta antigiuridica che può essere commissiva (consiste in una attività che modifica il mondo esterno come ad esempio una coltellata) o omissiva (consiste in una omissione, cioè nel non aver compiuto una azione che per legge si è tenuti a compiere come ad esempio il mancato soccorso); l'evento è la conseguenza della condotta, il risultato del comportamento, attivo od omissivo, tenuto dal soggetto; il nesso causale, cioè il

rapporto di causa ed effetto tra condotta ed evento che deve essere conseguenza dell'azione od omissione.

Gli *elementi soggettivi* del reato sono: il dolo che si caratterizza per la volontarietà della condotta offensiva e per la previsione di un evento dannoso conseguente a quella

condotta; in questo caso l'autore del reato è pienamente consapevole delle conseguenze del proprio operato ed agisce per il conseguimento di tale risultato; la colpa che consiste in un atteggiamento psicologico caratterizzato da negligenza, impruden-

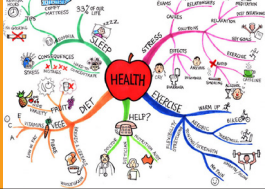
za, imperizia. In caso di colpa manca la volontà dell'evento; la preterintenzione (al di là dell'intenzione) che si verifica quando si agisce per procurare un evento che si vuole, procurandone un altro che non si vuole. Agisce con colpa anche chi non applica o agisce in violazione di regolamenti, ordini, discipline.

In particolare concretano un comportamento colposo penalmente rilevante: la *negligenza* che consiste in un comportamento caratterizzato da disattenzione, trascuratezza, superficialità; l'*imprudenza* che consiste in un comportamento avventato, precipitoso, privo delle cautele dettate dalla scienza e dalla comune esperienza; l'*imperizia* che consiste nell'aver agito con cognizioni e/o abilità tecniche inadeguate, al di sotto, cioè, del livello standard di preparazione che l'infermiere deve essere in grado di possedere.

“Rispetto al classico atteggiamento che di fronte a un evento avverso parte alla ricerca del colpevole si deve invece orientare il sistema verso un intervento sulle cause con una analisi dell’interazione tra i fattori umani, organizzativi, tecnologici, sociali e culturali”

BIBLIOGRAFIA

- Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Codice Civile “Regio Decreto 16/03/1942 n. 262”;
- Codice Penale “Regio Decreto 19/10/1930 n. 1398”;
- Legge n. 42 del 26/02/1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”;
- Legge 251/2000 “Disciplina della Dirigenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni Sanitarie”.



no portare a una situazione di perdita dell'autosufficienza e richiedono l'intervento dei servizi sanitari e/o dei servizi sociali di supporto. La capacità funzionale è apparentemente ben preservata per le attività di base della vita quotidiana (ADL per esempio la cura di sé) ma pone problemi per le attività strumentali della vita quotidiana (IADL). Il rischio maggiore è che, pur essendo indipendenti, possano diventare dipendenti (rischio di disabilità).

- **Dipendenza** - Persone anziane, con una o più malattie croniche. Questi pazienti sono dipendenti per l'ADL di base e hanno bisogno di aiuto costante da parte di altre persone. Sono frequenti i disturbi mentali e sociali. Il cosiddetto paziente geriatrico è l'anziano in cui l'equilibrio tra i propri bisogni e la capacità dell'ambiente di supplire ad essi si è spezzato, pertanto il paziente è diventato dipendente o disabile.

In considerazione delle aspettative dei pazienti e delle capacità dei Sistemi Sanitari di rispondere ai nuovi bisogni di salute è fondamentale individuare i fattori di rischio della fragilità, la sua diagnosi precoce ed il monitoraggio continuo. In questa cornice, risulta quindi essenziale una valutazione multidimensionale della persona anziana, intesa come soggetto dotato di individualità in continua relazione con un ambiente fisico, psicologico e sociale. La valutazione multidimensionale, attraverso batterie di test (ACE-R, MMSE), permette di elaborare un profilo globale dei domini che ci permettono di percepire, interpretare e in-

teragire con l'ambiente circostante: le funzioni cognitive. Le funzioni cognitive vengono classificate in due tipologie: *le funzioni di controllo*, caratterizzate da connessioni cerebrali a proiezione diffusa (attenzione, motivazione e umore) e *le funzioni strumentali*, mediate da reti neurali cortico-sottocorticali coinvolte in funzioni specifiche. (linguaggio, memoria, percezione, capacità di ragionamento e funzioni esecutive). Una difficoltà a livello delle funzioni di controllo avrà come esito una compromissione generale della prestazione cognitiva, mentre alterazioni alle funzioni strumentali creano danni maggiormente localizzati a livello di un specifico dominio cognitivo. Successivamente si procede alla valutazione funzionale e psicologica, per vagliare le autonomie del soggetto (ADL e IADL) e la presenza di eventuali disturbi d'ansia e dell'umore (Geriatric Depression Scale, State-Trait Inventory). Una prospettiva multidimensionale, risulta essenziale nelle situazioni borderline di Mild Cognitive Impairment (MCI), costruito che definisce un deterioramento delle funzioni mentali che non soddisfa i criteri per la demenza e lascia integre le essenziali attività di vita quotidiana (Peterson 1999). Vengono distinte diverse tipologie di MCI, di tipo amnesico, non amnesico, in base alla presenza di deficit nella memoria; a dominio singolo o multiplo, se vi è il coinvolgimento di altri domini cognitivi (Peterson 1999). Alcune forme di MCI evolvono in demenza (tra il 28 e il 40%), altre rimangono stabili e alcune riportano il soggetto ad un livello cognitivo nella norma (circa il 25%); da qui l'importan-

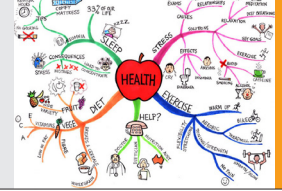
ADL (Activities of Daily Living attività della vita quotidiana). Indice di Barthel

- alimentazione
- bagno-doccia
- igiene personale
- abbigliamento
- continenza urinaria e fecale
- uso dei servizi igienici
- trasferimento: sedia/carrozzina/letto
- mobilità: deambulazione con eventuali ausili/uso della carrozzina
- scale: capacità di salire/scendere le scale con eventuali ausili

(per ogni voce si valuta il grado di autonomia)

IADL: Instrumental ADL - attività che richiedano l'uso di strumenti (basata sulla Nottingham Extended ADL Scale)

- mobilità fuori dell'abitazione - uso di mezzi pubblici o privati
- tempo libero - autonomia e contatti sociali
- gestione delle attività domestiche - pulizie, shopping, gestione del denaro
- uso della cucina - capacità di preparare autonomamente un pasto

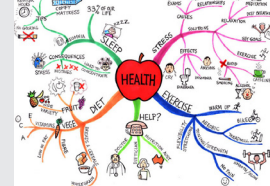


tanza di una diagnosi precoce e della messa in atto di azioni di prevenzione e l'implementazione di una terapia farmacologica adeguata al tipo di malessere diagnosticato (Summers and Sounders 2012). Gli studi che si sono occupati di individuare i fattori di rischio per lo sviluppo di una patologia degenerativa, dividono tali fattori in due aree: i fattori non modificabili (età, genetica, gruppo etnico di appartenenza) e i fattori modificabili (dieta, stile di vita, istruzione) su cui vi è un margine d'azione più ampio. La percentuale di controllo sui fattori solitamente implicati nello sviluppo di tali condizioni, in base al rapporto tra queste due categorie di fattori è attualmente stimato intorno al 40% (Klimova et al., 2017). Sulla base di queste considerazioni, molti autori si sono concentrati sui fattori modificabili, allo scopo di definire appropriate strategie di prevenzione. La Commissione Lancet, nel 2017, ha riportato in un documento i fattori di rischio modificabili, tra i quali troviamo basso livello di scolarità, ipertensione, ipoacusia, fumo, obesità, depressione, diabete e ridotti contatti sociali; nella più recente versione di questo report (2020) sono stati aggiunti ulteriori tre fattori di rischio, nel particolare i traumi cranici, l'eccessivo consumo di alcool e l'inquinamento atmosferico. Alcuni di questi fattori sono stati raggruppati in tre grandi macro-aree, costituite dal training cognitivo, l'attività fisica e uno stile alimentare sano (Klimova et al. 2017). L'attività fisica, soprattutto quella di tipo aerobico, ha effetti positivi sul cor-

po e sulla mente, aumentando ad esempio la vascolarizzazione, il metabolismo energetico e i livelli dei fattori neurotrofici (NGF) coinvolti nei meccanismi di plasticità neuronale; dal punto di vista cognitivo, l'attività fisica favorirebbe le funzioni esecutive e la memoria (Nuzum et al., 2020); inoltre una dieta sana (tipicamente quella mediterranea) ricca di antiossidanti e antinfiammatori, favorisce l'efficienza cognitiva nella persona anziana (Valls-Pedret et al., 2015). Infine, nel training cognitivo, si crea un percorso di trattamento nel quale mediante specifici esercizi e compiti, che possono essere svolti in gruppo o individualmente, ci si pone come obiettivo il miglioramento o il mantenimento della specifica funzione coinvolta, cercando di generalizzare i risultati alla vita quotidiana (Clare & Woods, 2003). Il training cognitivo favorirebbe non solo la plasticità cerebrale, ma permetterebbe all'individuo di apprendere nuove strategie per adattarsi e interagire in maniera più funzionale con l'ambiente circostante. Le nuove conoscenze rispetto alla patologia e ai fattori che concorrerebbero a determinarla, unite ad azioni improntate sulla prevenzione e la diagnosi precoce, offrono prospettive per una migliore gestione di tipo sanitario, ma soprattutto umano, di situazioni che richiedono un approccio di tipo biopsicosociale, che coinvolgono diverse professionalità, in quanto l'individuo stesso è costituito da diverse dimensioni, ugualmente importanti per il benessere generale.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- <http://www.activeageing.unito.it/it/modelli-e-fasi-di-fragilit%C3%A0>;
- [http://www.valoreinrsa.it/images/strumenti di lavoro/declino/LG Fragilita anziano 2013.pdf](http://www.valoreinrsa.it/images/strumenti%20di%20lavoro/declino/LG%20Fragilita%20anziano%202013.pdf);
- https://www.simg.it/documenti/rivista/2012/05_2012/4.pdf;
- Petersen, R. (1999). Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Outcome. *Arch Neurol*, 56: 303-308;
- Summers, M. J., & Saunders, N. L. J. (2012). Neuropsychological measures predict decline to Alzheimer's dementia from mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 26(4), 498-508;
- Klimova, B., Valis, M., & Kuca, K. (2017). Cognitive decline in normal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clinical interventions in aging*, 12, 903-910;
- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30367-6/fulltext);
- Valls-Pedret, C., Sala-Vila, A., Serra-Mir, M., Corella, D., de la Torre, R., Martínez-González, M. Á., et al. (2015). Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 175(7), 1094-1103;
- Clare, L., Woods, R. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group*.



prattutto in estate, è tra i temi più sentiti. Sono questi i tratti di quello che gli esperti hanno chiamato body shaming, la tendenza che prende di mira la forma corporea delle persone, soprattutto delle donne, attraverso i canali social. La crescente popolarità dei social media e la divulgazione massiva di un modello di corpo ideale a cui ispirarsi rischiano di generare aspettative irrealistiche sui modi in cui si dovrebbe apparire. Particolarmente vulnerabili a questo tipo di immagini e messaggi sembrano essere gli adolescenti, non solo perché maggiormente esposti ai social media, ma soprattutto per il profondo periodo di trasformazione che si trovano a dover affrontare (Gam, Singh, Manar, Kar e Gupta, 2020). Il passaggio dall'infanzia all'età adulta è infatti segnato da drammatici cambiamenti nello sviluppo fisico, sessuale, cognitivo, psicologico e sociale. Il body shaming si può manifestare in diversi modi, come ad esempio criticando il proprio aspetto e comparandolo con quello altrui; criticando apertamente l'aspetto di qualcun altro; criticando l'aspetto di qualcuno che non si conosce. Un allarme sociale, infatti ben una donna su 2 afferma di essere giudicata per i chili di troppo soprattutto durante l'estate, quando si è "costretti" a scoprire il proprio corpo. Le parti del corpo che vengono prese di mira, in particolare modo, sono le gambe, seguite dalla pancia, il fondoschiena ed i fianchi. L'essere valutati sulla base di canoni estetici preimpostati può creare un serie di emozioni e stati d'animo come vergogna, ansia e rabbia legati alla paura di essere rifiutati e non accettati. Il body shaming ha sicuramente un forte impatto psicosociale negli adolescenti che può sfociare nel ritiro dall'ambiente sociale e nel rifiuto a comunicare e ad interagire con gli altri. Oltre a condizionare l'autostima e provocare l'aumento degli stati d'ansia può favorire l'insorgenza di veri e propri disturbi mentali. Il peso e la forma del corpo assumono un ruolo centra-

le nell'anoressia e nella bulimia nervosa, disturbi mentali in cui diete, digiuni e/o condotte compensatorie (come vomito, iperattività, uso di lassativi) vengono messi in atto per prevenire l'aumento di peso. I soggetti più sensibili sono le adolescenti dai 18 ai 21 anni. Le ragazze più giovani soffrono particolarmente i difetti del proprio corpo, soprattutto se evidenziati dai propri coetanei. Seguono poi le ragazze dai 25 ai 32 anni che soffrono leggermente meno rispetto alle teenager, ma che ne risentono delle critiche da parte dei ragazzi e dal fisico snello e tonico delle amiche. Invece le donne dai 33 ai 45 anni soffrono in particolare modo i segni derivanti dall'invecchiamento come le rughe in viso o la cellulite e questo le porta a rinunciare ad un pasto completo per cercare di mantenere una linea perfetta, provocando in molti casi squilibri alimentari. Negli ultimi tempi è considerato come "difetto" anche il non essere alla moda in termini di abbigliamento. Anche gli uomini non sono indifferenti alle critiche sul proprio corpo, ma la percentuale è considerevolmente molto più bassa delle donne.

Necessario porre attenzione al fenomeno crescente del body shaming, e per contrastare tale fenomeno utile prendere in considerazione alcune dinamiche e stili di vita come ridimensionare il valore dei social; svolgere attività fisica come le camminate, il nuoto, cioè attività che possano aumentare la consapevolezza del proprio corpo e della sua utilità. La forma fisica indica la salute. Un corpo sano è un corpo che si alimenta in maniera corretta, che fa attività fisica in quantità adeguate e che si prende cura di sé. Un eccesso o una deprivazione di cibo, inadatta al proprio stile di vita, alla propria età e alla propria altezza rappresenta una minaccia per il proprio benessere, quindi importante riconoscere le difficoltà e rivolgersi ai professionisti del settore che possono aiutare a ritrovare un rapporto sano col proprio corpo.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

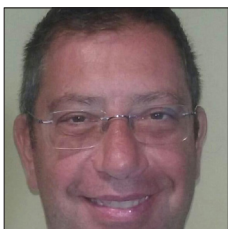
- Linee di orientamento MIUR, Aprile 2015, per azioni di prevenzione e di contrasto al bullismo e al cyberbullismo;
- Nuove linee di orientamento MIUR, Ottobre 2017, per azioni di prevenzione e di contrasto al bullismo e al cyber bullismo;
- Legge 29/05/2017 n. 71, "Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo";
- III° Convegno Internazionale "DCA: la rete per la cura e la body shaming", Bologna, 29 Novembre 2019;
- <https://www.ordineinfermieribologna.it/2016/body-shaming-una-donna-su-due-presadi-mira-sui-social-per-il-fisico.html>.



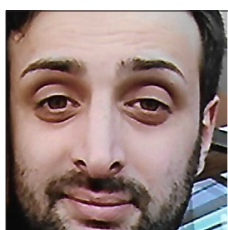
REQUISITI MINIMI DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale complessiva e requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi

Domenico
CIMARUSTI



Nicola
VENTURA



La gestione (organizzazione e responsabilità) delle attività dell'Ospedale di Comunità è riconducibile all'organizzazione distrettuale. La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale complessiva è del direttore del Distretto o un suo delegato, che svolge anche una funzione di collega-

mento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale. La responsabilità clinica è del medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se l'ospedale è pediatrico) anche all'interno di una forma organizzativa della medicina generale oppure di un medico dipendente o altro medico convenzionato od operante all'interno di una struttura pubblica o privata accreditata con il Servizio sanitario nazionale. Dal punto di vista gestionale-organizzativo, la responsabilità complessiva della struttura è in capo a una figura delle professioni sanitarie (Infermiere) della articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici e assistenziali e la direzione aziendale. La responsabilità organizzativa e gestionale di ogni singolo modulo è

di un responsabile Infermieristico affidata al coordinatore infermieristico. La responsabilità assistenziale spetta all'infermiere secondo le proprie competenze e l'assistenza sanitaria infermieristica è garantita sempre da infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (Operatori Socio-Sanitari) e altri professionisti quando necessario. L'Operatore Socio-Sanitario è responsabile di attività e funzioni secondo le proprie competenze. Per quanto riguarda i Requisiti Strutturali Generali, la capacità recettiva minima è di 10 posti e massima di 40 organizzati in nuclei da dieci a venti posti. Le camere possono essere da 1, 2, 3 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle barelle e delle carrozzine. I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza (nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, ovvero di un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti). Deve essere prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche. Deve essere presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente: locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo; spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi; ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra. Devono essere previsti spazi di soggiorno e



svago per uso esclusivo dei pazienti e dei familiari proporzionati al numero degli stessi. Per quanto attiene ai *requisiti tecnologici generali*, in relazione alla tipologia delle persone assistite devono essere presenti: attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica; presidi e risorse tecnologiche atte allo svolgimento di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie; attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo; attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico; materassi e cuscini antidecubito; carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

Per i *requisiti organizzativi generali*, deve essere individuato un responsabile Medico, di norma, con documentata attività di servizio nel settore delle cure primarie. L'assistenza medica viene assicurata dai Medici di Medicina Generale con i quali devono essere stipulati appositi accordi a livello regionale ed aziendale. Le prestazioni specialistiche, farmaceutiche e protesiche sono assicurate dal S.S.R., alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, attraverso i competenti servizi distrettuali ed aziendali. Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da: infermiere dirigente; infermieri (rapporto uno a quattro e comunque almeno uno per turno); professionisti della riabilitazione (terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti, psicomotricisti,...); rapporto uno a dieci; O.S.S. (rapporto di uno a tre); assistente sociale (anche non dedicata); medici specialisti a consulenza.

Per ogni paziente deve essere assicurata: la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicolo-

gici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente; la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero un progetto riabilitativo alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati; l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Necessario approntare dei percorsi specifici come un regolamento interno che individua i destinatari degli interventi e le patologie trattabili, i requisiti e criteri per l'accesso dei pazienti, le condizioni di esclusione, le modalità di erogazione dell'assistenza ed i tempi massimi di trattamento nonché le funzioni e i compiti dei diversi operatori; procedure formalizzate per assicurare l'appropriatezza dell'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti; procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare sia l'accesso dal domicilio sia la continuità assistenziale dopo la dimissione; modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione al programma assistenziale nonché l'eventuale continuazione dello stesso al domicilio. L'appropriatezza nell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile per cogliere l'obiettivo della sostenibilità ed il soddisfacimento dei bisogni. Per perseguire questo obiettivo necessario spostare la cura delle patologie, in particolare quelle croniche, dall'ospedale al territorio dove ormai è provato che una loro gestione, a parità d'efficacia, è sicuramente meno dispendiosa e più gradita da parte dei cittadini. La funzione dell'infermiere case manager, è da evidenziare, non toglie nulla alle responsabilità cliniche dei medici, al contrario sarà proprio l'infermiere, in caso di necessità, ad attivare il responsabile clinico della struttura.

BIBLIOGRAFIA

- Patto per la Salute 2019-2021;
- Patto per la Salute 2014-2016 e Piano nazionale della cronicità;
- Conferenza Stato-Regioni del 20/02/2020 (Rep. Atti n. 17/CSR);
- D.M. n. 70 del 02/04/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1977 del 06/11/2018 Regione Puglia: Approvazione schema di Regolamento Regionale "Modello organizzativo e di funzionamento dell'Ospedale di Comunità".



LA CONDOTTA DELL'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA

La legge 24/2017 impone che ci si debba attenere alle miglior linee guida per la cura dei pazienti

Giacomo
TULLO

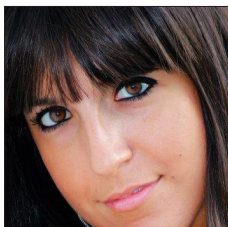


Con il nuovo provvedimento cambia la responsabilità civile e penale per gli esercenti la professione sanitaria, si regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management), si

giuridico come reati. La Legge n. 24/2017 sulla responsabilità professionale sanitaria, nata con l'obiettivo di combattere l'aumento indiscriminato del contenzioso medico-legale e il fenomeno della medicina difensiva, ha portato considerevoli novità in materia di responsabilità civile e penale degli operatori sanitari. Una rilevante novità prevista riguarda l'obbligo per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private di assicurarsi per responsabilità civile contro terzi anche per danni causati dal personale a qualunque titolo operante. La legge stabilisce, altresì, l'obbligo per ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in aziende del Servizio Sanitario Nazionale, in strutture o in enti privati, di provvedere alla stipula di un'adeguata polizza di assicurazione. Questo al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa da parte delle strutture nei confronti dei Professionisti. In ambito penale viene introdotto all'interno del codice penale l'art. 590 sexies il quale prevede l'esclusione della responsabilità penale in carico a tutti gli operatori sanitari nei casi di imperizia qualora siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida. I medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari non saranno più perseguibili penalmente se il loro comportamento sarà stato conforme alle linee guida (il concetto è riferito all'imperizia, il sanitario continuerà a rispondere in caso di imprudenza e negligenza). Nel caso che dovessero mancare le suddette raccomandazioni, i professionisti sanitari si atterranno alle buone prati-

affidano le linee guida non più solo alle Società scientifiche, ma anche agli enti, istituzioni ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, si prevede l'obbligo per le direzioni sanitarie delle strutture di fornire la documentazione sanitaria dei pazienti che ne faranno richiesta entro 7 giorni. Con l'espressione responsabilità professionale si indica l'eventualità che il professionista sia chiamato a rispondere ad una autorità giudicante per una condotta riprovevole. La responsabilità civile e penale degli operatori sanitari è rilevante; i professionisti rispondono in sede civile dei danni cagionati al paziente ed in sede penale per le condotte previste dall'ordinamento

Michela
LACASELLA





che clinico-assistenziali (cioè alle evidenze scientifiche).

Condizione posta dall'art. 590 sexies per esimere da responsabilità il sanitario è che le linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto. Questo significa che il professionista sanitario dovrà valutare preliminarmente l'adeguatezza delle linee guida al caso concreto cioè alle particolarità del singolo paziente. In caso decida di discostarsene, per qualunque ragione, non troverà più applicazione l'art. 590 sexies ma gli art. 589 C.P. (omicidio colposo), 590 C.P. (lesioni personali colpose) e art. 43 C.P. (elemento psicologico del reato).

Il Ministero della Salute nel 2015 ha pubblicato un suo rapporto relativo a tutti gli eventi avversi più gravi accaduti in sanità dal settembre 2005 al dicembre 2012. Il rapporto ha mostrato l'elevata frequenza, tra i fattori contribuenti per l'accadimento degli eventi, della mancanza, inadeguatezza ed inosservanza di Linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, suggerendo come sia fondamentale, ai fini preventivi, "la diffusione e l'applicazione nei vari contesti aziendali delle raccomandazioni disponibili e delle buone pratiche prodotte sia in ambito nazionale che internazionale". Le linee guida rappresentano una vera e propria guida per i professionisti sanitari per orientare le scelte di cura e le modalità di assistenza, in modo che siano quelle più appropriate e sicure, nelle particolari situazioni cliniche che si trovano ad affrontare. I professionisti sanitari nell'esecuzione di ogni prestazione sono tenuti ad attenersi a quanto indicato e raccomandato nelle Linee Guida, salvo il caso in cui l'esperienza o la specificità del caso concreto non li indirizzino diversamente.

La condivisione di linee guida procedure/protocolli all'interno dell'organizzazione favorisce l'uniformità dei comportamenti di

tutti gli operatori e di conseguenza, permette di evitare errori, fraintendimenti, omissioni.

La legge n. 24/2017 ha sancito di fatto l'obbligatorietà per gli esercenti le professioni sanitarie di attenersi alle linee guida considerandole esimenti di colpa. L'art. 6 della legge ha introdotto il rispetto delle linee guida o delle buone pratiche assistenziali come criterio di esclusione dalla responsabilità penale per i reati di lesioni personali colpose e omicidio colposo. Questo significa che i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari non saranno più perseguibili penalmente se il loro comportamento sarà stato conforme alle linee guida o, in loro mancanza, alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Ciò comporta degli obblighi della struttura sanitaria nei confronti degli operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.). Se il rispetto delle linee guida scagiona da responsabilità l'operatore sanitario e se l'adozione di queste dipende dalla struttura sanitaria, come potrà l'operatore non pretenderne la loro attivazione?

Naturalmente gli operatori sanitari sono tenuti ad osservare tali disposizioni, quando presenti: documenti quali linee guida, protocolli e procedure possono essere considerate aventi carattere di regolamento, ordine o disciplina, cosicché il loro mancato rispetto può configurare il requisito dell'inosservanza contemplato dall'art. 43 del C.P. (quindi una condotta colposa). Perciò le procedure devono essere sempre rispettate dagli operatori.

Le direzioni strategiche delle aziende sanitarie e i professionisti che in esse operano dovrebbero aderire alle linee guida o alle buone pratiche clinico-assistenziali, considerando le conseguenze civili e penali alle quali vanno incontro in caso di inadempimento (mancanza di queste).

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Ministero della Salute. Monitoraggio degli eventi sentinella. 5° Rapporto (settembre 2005-dicembre 2012), 2015. Pag. 14;
- <https://www.studiocataldi.it/articoli/32248-responsabilita-medica-best-practices-e-linee-guida-sono-equiparabili.asp>;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

a cura di
Loredana
CAPPELLI

CORSI E CONVEGNI

INCIDENTI ORGANIZZATIVI CELEBRI: COS'HANNO DA INSEGNARCI PER CONTENERE L'ERRORE IN SANITÀ

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645209854

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

MEDICINA OPEN SOURCE. SIAMO PRONTI ALLA CONDIVISIONE DEI DATI?

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

LA SCHIZOFRENIA E I DISTURBI PSICOTICI

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: INQUADRAMENTI DIAGNOSTICO E TRATTAMENTO

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

LUDOPATIA: STRATEGIE ED INTERVENTI PER IL TRATTAMENTO

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

PERCORSO TECNICO-ASSISTENZIALE E TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON SCA. ATTIVITÀ ELETTIVE DI INTERVENTISTICA CARDIOVASCOLARE

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

VERSO LA NASCITA. ACCOMPAGNARE LE COPPIE DURANTE LA GRAVIDANZA

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

LA TESTA A POSTO. IL TRATTAMENTO DELLE CEFALEE NELLA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

LA CURA È (VI)CINA. VINCERE LE DIPENDENZE CON LA MEDICINA CINESE

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

STRESS LAVORO CORRELATO NELLE PROFESSIONI SANITARIE

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

DISTURBI RESPIRATORI E DEL SONNO E PREVENZIONE DEI DANNI CARDIOVASCOLARI. DIAGNOSI E TERAPIA DELL'IPO-OSSIGENAZIONE PARTE I

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

DISPOSIZIONI DI SALA OPERATORIA PER INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

NOVITÀ IN TEMA DI CHIRURGIA SENOLOGICA

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

LUNGA VITA. L'ENDOCRINOLOGIA TRA LONGEVITÀ E INVECCHIAMENTO

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it

LA DOLCE VITA. COMPORTAMENTI VIRTUOSI NEL DIABETE MELLITO

Dal 01/01/2021 al 31/12/2021

Tipologia Evento FAD

INFO: Tel. 0645218385

E-mail v.ferretti@sanitainformazionespa.it