1/2 numero

Filodiretto

Anno XXXIX / numero 1/2 gennaio/aprile 2021 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari n° 732/83 / Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari

in evidenza

EDITORIALE
Tutti infermieri

PROFESSIONE IN AZIONE
Il SET 118 barese e pandemia da COVID-19

PROMOZIONE SALUTE
Emergenza COVID-19 e disturbo da ansia di malattia

OPI

Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari
Anno XXXIX - N° 1/2 gennaio/aprile 2021
Spedizione in A.P.
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.
Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199

Questo periodico è associato alla
Unione Stampa Periodica Italiana

Filodiretto

PERIODICO DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DI BARI

numero 1/2

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

Editrice L'Immagine
Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
T. 080 337 50 34 - www.editricelimmagine.it
Finito di stampare il 18 maggio 2021

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, Angela Sardella.

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
Domenico Cimarusti, Liana Libera Diana, Daniela De Marco, Domenico Dentico, Ignazio De Iudicibus, Michele Fighera, Ciro Genchi, Vincenzo Inglese, Michela Lacasella, Antonio Mangialardo, Raffaele Manzari, Fabiola Pellecchia, Stefania Principalli, Maria Romanazzi.

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.

EDITORIALE
3 **TUTTI INFERMIERI**
Saverio Andreula

PRIMO PIANO
7 **VACCINI ULTIMA BEFFA PER GLI INFERMIERI**
Salvatore Petrarolo
9 **COVID HOSPITAL, GLI ELOGI NON CANCELLANO LE CRITICITÀ**
Salvatore Petrarolo
11 **NOVITÀ EDITORIALE**
Angela Sardella

PROFESSIONE IN AZIONE
12 **IL SET 118 BARESE E PANDEMIA DA COVID-19**
Ciro Genchi
14 **MODULAR NURSING**
Antonio Mangialardo, Stefania Principalli
17 **PROGETTO ASSISTENZA**
Ignazio De Iudicibus
19 **L'ASSISTENZA NEONATALE ALLA NASCITA**
Domenico Dentico, Raffaele Manzari
22 **INFERMIERE & LIBERA PROFESSIONE**
Pasqualina Caramuscio
24 **SICUREZZA IN SALA OPERATORIA**
Fabiola Pellecchia

PROMOZIONE SALUTE
26 **EMERGENZA COVID-19 E DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA**
Angela Sardella, Liana Libera Diana

SICUREZZA E BENESSERE
29 **DISTURBI MUSCOLOSCHELETRICI SUL LUOGO DI LAVORO**
Vincenzo Inglese, Michela Fighera
32 **EPATITE C E LA SUA ERADICAZIONE**
Maria Romanazzi
34 **CONSAPEVOLEZZA DEL LAVORATORE**
Domenico Cimarusti, Michela Lacasella

IN FORMAZIONE
36 **INFERMIERI DI AREA ONCOLOGICA**
Daniela De Marco

CORSI E CONVEGNI
Loredana Cappelli

TUTTI INFERMIERI

L'ex professione sanitaria infungibile

Saverio ANDREULA

In quest'ultimo periodo di atroce perdurare della situazione pandemica indotta dal virus Sars-CoV -2, esamino più nel dettaglio alcuni tra gli argomenti più gettonati, esposti in agorà dentro e fuori la professione infermieristica, per certi versi intrecciati tra di loro che s'impongono su tutti. Innanzitutto prendo a riferimento la "sviolinata" incongruente ed effimera, chiesta e ottenuta al governo dalla mia "casa madre" con campagne social e apparizioni televisive, per armare le truppe infermieristiche, nella fumosa possibilità di esercitare l'attività libero professionale per la campagna vaccinale. A seguire la decisione dalla Giunta Regionale del Veneto di inaugurare il Clone dell'Infermiere attraverso un percorso di formazione complementare rivolto alla figura dell'Operatore Socio Sanitario, per chiudere con la liberalizzazione dei Farmacisti e di tutte le professioni sanitarie nella esecuzione della profilassi vaccinale.

Il vincolo dell'esclusività del rapporto di lavoro di pubblico impiego.

A tutti è parsa una insolita trovata, quella di mettere assieme il vincolo di esclusività del rapporto di lavoro di pubblico impiego con l'attività di vaccinazione. Prendo a prestito la citazione storica di Antonio Di Pietro: ...che ci azzecca? Eppure è successo, con tanto di "regale " e formale scrittura in gazzetta ufficiale della repubblica.

Accade che la "casa madre professionale" dell'infermieristica italiana abbia reclamizzato e cullato l'idea di … alleggerire il vincolo di esclusività … degli Infermieri Italiani con rapporto di lavoro nel pubblico impiego per contribuire alla campagna vaccinale. Il Governo, a fronte dell'insolita e peregrina richiesta dei vertici istituzionali dell'infermieristica italiana, poiché a costo zero sia in termini economici che politici, non si è lasciato sfuggire l'occasione per farla propria. E' così che si regala (sic) agli Infermieri Italiani l'effimera ebbrezza di sentirsi professionisti compiuti, liberi da vincoli contrattuali. Cosa importa sé tanto accade solo ogni qualvolta essi effettuano una vaccinazione? Un sogno, un respiro prolungato di aria fresca, fuori dalla prigione e dal confinamento contrattuale cui sono rilegati gli Infermieri italiani. Insomma, un'inebriante ubriacatura che stordisce giusto il tempo necessario per mescolare, ancora una volta, le carte sull'argomento. Nel concreto, come riporta il legislatore nel decreto (sostegni) omissis … al personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale che aderisce all'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 al di fuori dell'orario di servizio, non si applicano le incompatibilità di cui all'articolo 4, comma 7, della leg-

»

ge 30 dicembre 1991, n. 412, e all'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività vaccinale stessa … omissis
Circa 90.000, gli Infermieri Italiani (non c'è uno studio che lo documenti) che … privati dalle catene del vincolo di esclusività (sic) … sarebbero disposti ad aggiungere altre ore di lavoro a quelle istituzionali non già al costo di prestazione di lavoro straordinario o con turni orari aggiuntivi o con progetti a ore negoziati, per eseguire la profilassi vaccinale.
Insomma, tanto rumore riverberato in Gazzetta Ufficiale assolutamente incongruente e senza senso. Tutti i sindacati, c'èra da aspettarsi, hanno fatto "marameo" all'idea bizzarra di metter assieme il vincolo di esclusività con l'attività vaccinale bocciando sonoramente il testo di legge che né fa richiamo.
Ecco alcune dichiarazioni sintetiche apparse sulle pagine istituzionali di quasi tutte le sigle sindacali sull'argomento e su quotidiano sanità con il senso compiuto di evidenziare come l'esclusività del rapporto di lavoro nulla ha a che fare con la campagna di vaccinazione:

- *La FP CGIL nazionale afferma: "Non c'è bisogno di 'spezzare' alcun vincolo di esclusività del personale sanitario pubblico, come leggiamo attraverso stampa e campagne social, per poter esercitare volontariamente la somministrazione di vaccini. Già da gennaio di quest'anno la legge di Bilancio ha messo a disposizione delle Regioni 100 milioni di euro a favore di medici, infermieri e assistenti sanitari del SSN che si dovessero rendere disponibili per la somministrazione dei vaccini".*
- *La FIALS nazionale afferma: Il decreto Sostegni e la "finta" apertura agli infermieri vaccinatori. Il governo ha pensato bene di alzare la posta – trattamento economico – e convogliare la somministrazione dei vaccini sullo stesso ed unico binario, quello della classe medica che non solo si appropria delle competenze infermieristiche, ma anche di remunerazione che potevano benissimo finanziare gli infermieri già strutturati ed in servizio negli Enti ed Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale.*

Insomma, è a tutti evidente che cosi come è formulato il Decreto "Sostegni" è un'iconica "ciurlata nel manico" che pone nel ridicolo chi afferma il contrario. L'attività libero professionale è altra cosa. Esemplifico alcuni aspetti significativi che la caratterizzano:

- *La possibilità per il professionista di esercitare la propria attività fuori dall'orario di lavoro pur in regime di concorrenza e integrazione rispetto alle prestazioni che eroga per il proprio datore di lavoro.*
- *L'autonomia decisionale per il professionista di definire il proprio compenso professionale in favore e soprattutto su libera scelta dell'assistito pagante.*

Il Clone OSS - Infermiere Veneto.

Altra "patata bollente" che anima estenuanti dibattiti tra la comunità infermieristica italiana, è il colpo di grazia alla già presunta "infungibilità" della professione infermieristica inferto con decreto della Regione Veneto. La Regione, premia gli Infermieri Veneti e per essi quelli Italiani, pensando bene di implementare con propria delibera un "percorso di formazione complementare in assistenza sanitaria dell'Operatore Socio Sanitario".

Decreto Sostegni (D.L. 41/2021) "Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19"

omissis... con riferimento agli aspetti riguardanti la salute e la sicurezza, in via preliminare, si evidenzia che l'art. 20 prevede, in via straordinaria e sperimentale per il corrente anno, il coinvolgimento nella campagna vaccinale antiCOVID-19 dei farmacisti che operano nelle farmacie aperte al pubblico. Si tratta di una scelta che valorizza la rete capillare delle farmacie e la professionalità dei farmacisti che sono parte integrante del SSN, in sinergia con medici, infermieri e tutti gli operatori sanitari... omissis

Il Governatore Veneto Zaia, nero su bianco, sostiene la tesi che all'Operatore Socio Sanitario, con un corso di formazione di 150 ore teoriche può conseguire, quelle che chiama "competenze" sanitarie utili per abilitarlo ad esercitare ulteriori attività in aggiunta a quelle previste dal suo profilo di base. La lettura delle abilità richieste all'OSS con la terza S lette sul piano didattico, sono un'antologia degna dei legislatori veneti e dei tecnici che l'hanno formulata. Per dare un'idea sull'idiozia che esprime nei contenuti il provvedimento veneto, riprendo le dichiarazioni del Governatore Zaia rilasciate durante una delle sue solite conferenza stampa sullo stato dell'arte in Veneto della pandemia.

Egli rispondendo ad una giornalista che gli chiedeva lumi sulla delibera istitutiva dell'OSS Infermiere ha replicato che … omissis … tutto sommato non ci vuole una laurea per eseguire una siringa. Prendo le affermazioni di Zaia sulla "siringa" per un banale parallelo tra i contenuti didattici espressi in ore complessive dal programma didattico che consentirebbe all'OSS superspecialista Veneto di esercitare attività di somministrazione, rispetto a quelli del Cdl in Infermieristica.

In dettaglio, nel riquadro sottostante, in sintesi il percorso di studio dell'attuale Ordinamento didattico del CdL in Infermieristica e le discipline tecniche e scientifiche che concorrono ad abilitare l'Infermiere ad eseguire la … "banale" siringa.

Evidentemente, la nascita dell'OSS - Infermiere in Veneto non è figlia di una scelta politica dei legislatori della regione Veneto. Sicuramente c'è una cabina di regia nazionale atteso che l'argomento è stato spesso oggetto di incontri tematici in seno alla conferenza delle regioni.

Il Clone Farmacista - Infermiere

Con il Decreto Sostegni è emersa con chiarezza anche la figura del farmacista – Infermiere vaccinatore e conseguentemente argomento di ulteriori polemiche tra le professioni sanitarie.

Ovviamente si aggiunge un altro elemento di criticità per la professione infermieristica poiché non mancano i profili da chiarire e le criticità nel rilevare che al Farmacista è consentita la gestione e la pratica vaccinale, sino ad oggi appannaggio esclusivo della professione Medica e Infermieristica.

L'urgenza del momento è quella di ampliare il più possibile la copertura vaccinale della popolazione, arruolando personale vaccinatore e allargando i siti in cui effettuare le somministrazioni.

Con il Decreto "Sostegni" in via di conversione in legge è emersa con chiarezza la figura del farmacista vaccinatore. Una chiamata a seguito della quale «i farmacisti si metteranno a disposizione del Paese», ma su cui non mancano i profili da chiarire e le criticità, non da ultimo quella della sicurezza e della responsabilità.

Programmato un corso di brevissima durata per il farmacista per abilitarlo all'esecuzione della profilassi vaccinale.

Alleluia.

Ordinamento Cdl in Infermieristica

1 anno 1 semestre - Totale CFU 10 per un totale di 120 ore di lezioni

Anatomia Umana 3 CFU
Fisiologia applicata 2 CFU
Infermieristica generale e clinica 2 CFU
Principi di assistenza infermieristica 3 CFU

1 anno 2 semestre - Totale CFU 9 per un totale di 108 ore di lezioni

Igiene applicata 2 CFU
Infermieristica in sanità pubblica 1 CFU
Microbiologa e Microbiologia clinica 2 CFU
Patologia Generale 2 CFU
Scienze infermieristiche generali e cliniche 2 CFU

2 anno 1semestre - Totale CFU 10 per un totale di 120 ore di lezioni

Patologia clinica 2 CFU
Infermiere di comunità e famiglia 2 CFU
Infermieristica clinica in medicina 3 CFU
Infermieristica clinica in area chirurgica 3 CFU

2 anno 2 semestre - Totale CFU 4 per un totale di 48 ore di lezioni

Infermieristica spec.stica in area chirurgica 2 CFU
Infermieristica spec.stica in area medica 2 CFU

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE BARI

E' convocata l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari con all'ordine del giorno:

1) Relazione del Presidente
2) Conto consuntivo 2020
3) Bilancio di previsione 2021
4) Varie ed eventuali

L'Assemblea è convocata presso la sede dell'OPI di Bari sita in Viale Salandra 1/L, in prima convocazione alle ore 18.00 del 28/5/2021 ed in **seconda convocazione presso Hotel Parco dei Principi, Bari alle ore 8,30 del 12/6/2021.** Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede dell'Ordine.

L'Assemblea, in considerazione delle disposizioni normative, si svolgerà nel rigoroso rispetto di tutte le misure di prevenzione e contenimento del contagio da Covid-19:

- È obbligatorio munirsi di mascherina (ai Colleghi che ne saranno sprovvisti sarà fornita una);
- Prima dell'accesso alla sala riunioni, sarà rilevata la temperatura ad ogni partecipante all'Assemblea (senza registrazione del dato); se tale temperatura corporea risulterà superiore ai 37,5° non sarà consentito l'accesso alla sala riunioni;
- Tutti i partecipanti all'Assemblea dovranno effettuare l'igienizzazione delle mani prima dell'accesso in sala riunioni; saranno a disposizione dei partecipanti specifici contenitori di gel idroalcolico;
- Sarà evitata la condivisione di penne, fogli, quaderni (ad ogni partecipante sarà consegnata una penna e fogli);
- Per meglio pianificare le attività necessarie al distanziamento fisico nel rispetto delle vigenti dispozioni normative, è gradita una mail di conferma, della eventuale partecipazione all'Assemblea, al seguente indirizzo di posta elettronica: bari@cert.ordine-opi.it.

Il Presidente
Saverio Andreula

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A_____

ISCRITTO/A ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL _____

DELEGA L'ISCRITTO/A _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2021

DATA _____ FIRMA _____

VACCINAZIONI, ULTIMA BEFFA PER GLI INFERMIERI

Salvatore
PETRAROLO

BARI – Eroi in prima linea quando questa pandemia da coronavirus è arrivata inaspettata a marzo dello scorso anno, relegati al ruolo di comprimari se non addirittura scavalcati a sinistra, ora che c'è da correre con la campagna vaccinale. Per gli infermieri italiani è bastato un solo anno perché tutto tornasse come prima, quasi si fossero spente le luci della ribalta, quelle che va detto nessuno ha mai esaltato perché, come amano ripetere gli infermieri, "quello che abbiamo fatto e facciamo è solo il nostro lavoro". Però un anno dopo e con la campagna vaccinale in pieno svolgimento, tra alti e bassi a causa delle forniture a singhiozzo delle dosi da somministrare, gli infermieri italiani e pugliesi sono finiti al centro delle attenzioni mediatiche per colpa di una sparuta minoranza. C'è chi, nel rispetto della legge, ha detto no al vaccino e immediatamente si è scatenata una sorta di caccia alle streghe contro gli infermieri "no vax". Un vulnus in parte colmato dal decreto del Governo Draghi con il quale si stabilisce che "gli operatori sanitari che non si vaccinano non potranno esercitare la professione e dovranno essere destinati a svolgere altri compiti. Se non ci dovessero essere mansioni alternative, scatterà l'immediata sospensione non retribuita. La sospensione finirà solo una volta effettuata la vaccinazione". Con l'entrata in vigore del decreto legge 44/2021 il Dipartimento salute della Regione Puglia si è subito mosso per chiedere alle Asl, agli Ordini professionali dei medici e degli infermieri di trasmettere le liste degli operatori sanitari in modo tale da ottenere i nominativi di chi ha rifiutato il vaccino anti Covid. Un'azione necessaria per ottemperare a quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 4 del decreto legge n.44/2021 del primo aprile scorso. "Gli Ordini professionali territorialmente competenti – si legge nella circolare firmata dal direttore del Dipartimento, Vito Montanaro – e tutti i datori di lavoro degli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie, socio-assistenziali, pubbliche o private, nelle farmacie, parafarmacie e negli studi professionali devono trasmettere gli elenchi di rispettiva competenza. Gli elenchi trasmessi dovranno contenere tutti i dati richiesti ai fini della gestione degli adempimenti richiesti dalla norma". Gli elenchi dovevano essere trasmessi entro il 6 aprile scorso e da quel momento, la società InnovPuglia spa ha dato il via alla verifica automatica dello stato vaccinale di ciascuno dei soggetti contenuti negli elenchi. Completato il lavoro incrociato di verifica la stessa società InnovPuglia produrrà in favore della Sezione Promozione della Salute e del Benessere della Regione Puglia, uno o più fogli elettronici – suddivisi per ASL di residenza del soggetto – criptati e protetti da password con l'elenco dei sog-

»

getti che, alla data dell'elaborazione, non risultino aver effettuato la vaccinazione anti SARS-CoV-2. Tali elenchi saranno resi disponibili dalla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, sempre mediante file criptati e protetti da password al direttore sanitario dell'Asl territorialmente competente, in qualità di coordinatore, affinché si attivino le azioni previste. Al momento in cui andiamo in stampa con questo numero di Filodiretto non ci sono notizie relative agli esiti dei controlli (che ovviamente sono stati fatti nel pieno rispetto della privacy), né sono state annunciate azioni sanzionatorie da parte della Sezione Promozione della salute e del benessere della Regione Puglia. Un giusto riserbo che però arriva dopo aver messo all'indice una sparuta minoranza della professione infermieristica. I numeri, del resto, non mentono: nella sola Asl Bari alla data del 16 aprile scorso, è stato vaccinato il 98,5 per cento del personale sanitario e chi ha rifiutato il vaccino (una percentuale minima) lo ha fatto per motivi di salute. Non va poi dimenticato che le Asl della Puglia stanno ricontattando gli operatori sanitari che hanno rifiutato la somministrazione e solo in una seconda fase potranno scattare le sanzioni e i trasferimenti previsti dalla legge regionale Amati approvata nello scorso mese

di febbraio dal consiglio regionale pugliese, per punire i cosiddetti operatori sanitari "no vax". La norma inibisce l'accesso ai reparti degli istituti di cura agli operatori che non siano vaccinati contro il Covid. Eppure non solo gli infermieri pugliesi si sono vaccinati in gran numero ma, tra l'altro, non si sono tirati indietro per la campagna vaccinale, accettando turni aggiuntivi o svolgendo lavoro straordinario. Insomma nulla a che vedere con la presunta possibilità di liberarsi dal vincolo di esclusività del rapporto di lavoro per effettuare la profilassi vaccinale, come ha lasciato intendere la Fnopi (la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche) e la presidente Barbara Mangicavalli. Il riconoscimento economico per gli infermieri (ma anche per medici e operatori socio sanitari) che si sono resi disponibili per la campagna vaccinale si sarebbe potuto attingere dai cento milioni di euro messi a disposizione nella legge di bilancio. Invece con il Decreto Sostegni il Governo, come denuncia il sindacato Fials, ha indirizzato su un unico binario (quello medico) la campagna vaccinale con il conseguente ritorno economico. Soldi che potevano essere utilizzati per finanziare gli infermieri in servizio nelle aziende sanitarie. Lasciando stare il tema del vincolo di esclusività perché quella è un'altra storia, con tanto di beffa, per gli infermieri.

COVID HOSPITAL, GLI ELOGI NON CANCELLANO LE CRITICITÀ

Salvatore PETRAROLO

Gli ultimi in ordine di tempo ad elogiare il covid hospital realizzato in Fiera del Levante a Bari, sono stati il ministro per gli Affari regionali, Maria Stella Gelmini (esponente di Forza Italia) e il commissario straordinario per l'emergenza Covid, il generale Francesco Paolo Figliuolo.

Hanno visitato quella struttura accompagnati, in momenti diversi, dal presidente della Regione, Michele Emiliano e dal direttore generale del Policlinico di Bari, Giovanni Migliore, che gestisce il grande ospedale per le emergenze.

E alla fine del tour sia il ministro Gelmini che il generale Figliuolo hanno speso parole di elogio, appunto, per il covid hospital in Fiera: "Un'impressione di grande efficienza ma anche di grande cuore" sono le parole della Gelmini. "Ho trovato medici, infermieri, volontari, persone motivate e attente alla qualità della vita del paziente in un contesto così difficile, anche laddove si tratta di una terapia intensiva o sub intensiva".

E nel suo elogio la Gelmini ha ribadito i ringraziamenti e i complimenti a tutti: "Medici, infermieri, operatori sanitari e volontari che ci stanno aiutando ad uscire da questa pandemia". Ancor più efficace, qualche giorno prima, era stato il Commissario straordinario per l'emergenza Covid: "L'ospedale della Fiera del Levante mi ha decisamente impressionato ed emozionato" aveva dichiarato al termine della lunga giornata barese il generale Figliuolo con il suo tour, anche qui accompagnato dal presidente Michele Emiliano e dal capo della Protezione civile, Fabrizio Curcio, prima all'impianto di produzione dei dispositivi di protezione individuale e poi all'hub vaccinale anche questo allestito in Fiera del Levante.

Difficile che al ministro Gelmini e al generale Figliuolo qualcuno abbia ricordato quali criticità abbia dovuto affrontare in fase di avviamento il covid hospital in Fiera del Levante. E non per le questioni giudiziarie che lo riguardano (con i costi di realizzazione lievitati sino a venti milioni di euro rispetto ai nove iniziali), ma per quelle organizzative. Criticità che riguardano proprio quel personale sanitario e tra loro gli infermieri, costretti a fronteggiare un'emergenza nell'emergenza. Perché le risorse umane sono risicate per coprire le esigenze del covid hospital.

Nello scorso mese di febbraio proprio l'Opi Bari ha calcolato quale fosse il fabbisogno di personale sanitario per l'ospedale delle grandi emergenze realizzato in Fiera del Levante: 430 infermieri, 10 coordinatori infermieristici e 126 operatori socio sanitari a fronte dei previsti 152 posti letto attivati. Il calcolo del fabbisogno è diretta conseguenza dell'attivazione dei moduli previsti: due

»

di Terapia Intensiva ognuno costituito da 14 posti letto per un totale di 28 posti letto; cinque moduli di Medicina ognuno costituito da 16 posti letto per un totale di 80 posti letto; un modulo dell'Unità Operativa di Nefrologia con emodialisi con 16 posti letto e 2 moduli di Unità di Terapia Intensiva Respiratoria ognuno costituito da 14 posti letto per un totale di 28 posti letto, per un totale di 152 posti letto. A queste unità operative si aggiungono il Blocco Operatorio e il Servizio di Radiodiagnostica.

Il fabbisogno di personale, spiegava l'Opi Bari a febbraio, evidenzia che "il numero degli infermieri deve essere necessariamente pensato con un numero sufficiente e programmato su cinque giornate lavorative. È necessaria, inoltre, la presenza degli operatori di supporto per le necessità logistiche legate alla decontaminazione e ricondizionamento dei materiali di cura ed assistenza non monouso.

L'Associazione nazionale infermieri di area critica (Aniarti) ad inizio pandemia ha redatto delle raccomandazioni per gestire al meglio l'epidemia in terapia intensiva: a tal proposito conferma il numero ottimale di rapporto infermiere/paziente di uno a uno e auspica anche il suo superamento per il carico di lavoro fortemente aumentato a causa del rallentamento fisiologico che indossare i DPI massimali comporta, oltre alla necessità di aumentare i livelli di attenzione per evitare eventuali contaminazioni e dispersione di virus SARS-Cov-2. Le ulteriori unità operative UTIR e Nefrologia ospiteranno pazienti critici e il rapporto infermiere/paziente deve essere mantenuto a un infermiere per 2 pazienti.

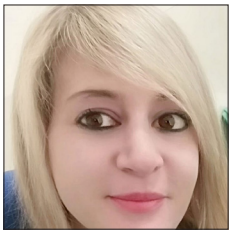
E' cambiato qualcosa da febbraio? Le criticità denunciate non solo dai sindacati del comparto sanità ma anche da quelli dei medici, sono state tutte risolte? Ad aprile scorso i sindacati della dirigenza medica pugliese avevano scritto alla Regione Puglia chiedendo di prendere in carico l'ospedale Covid in Fiera del Levante, sottraendolo alla gestione esclusiva del Policlinico di Bari.

Solo in questo modo si sarebbe potuto reclutare d'imperio gli anestesisti da tutte le strutture pubbliche e private, per destinarli al covid hospital. Per quanto riguarda, invece, il personale infermieristico l'ultimo dato a disposizione è riferito alla fine del mese di marzo: entro quella data sono stati 200 gli infermieri chiamati dal Policlinico per fronteggiare questa fase dell'emergenza sanitaria. Poco meno della metà del fabbisogno previsto, senza trascurare un aspetto importante come quello delle competenze richieste per il lavoro nelle terapie intensive e sub intensive. Le criticità, insomma, restano anche se più contenute rispetto ai mesi scorsi. Qualcuno, però, ha dimenticato di evidenziarle in occasione delle ultime passerelle di ministri e commissari straordinari.

NOVITÀ EDITORIALE

La sicurezza e salute degli infermieri nei luoghi di lavoro

Angela **SARDELLA**



Il prodotto editoriale, è stato fortemente voluto dai Presidenti degli OPI Bari, BAT, Brindisi, Lecce, Taranto con lo scopo di voler fornire a tutti gli Operatori Sanitari (Infermieri, Medici, OSS,…) uno strumento di lavoro pratico di facile ed immediato utilizzo nonché riferimento per l'attività professionale svolta presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. Il libro si colloca in questo contesto e si propone come una guida pratica per orientare il lettore a gestire in sicurezza la propria attività lavorativa illustrando, in modo pratico, le modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. In ogni azienda il Datore di Lavoro, Dirigenti, Preposti, RSPP, MC, RLS hanno un ruolo da protagonisti anche per il miglioramento della sicurezza e della salute. L'obiettivo prioritario da perseguire è il raggiungimento della massima tutela possibile dei "lavoratori", dotandoli dei necessari DPI di livello adeguato al rischio occupazionale a cui sono esposti. Non vi può essere Salute senza Sicurezza e non può esservi Sicurezza senza Salute. Tutti i lavoratori devono essere efficacemente informati, formati ed aggiornati in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e di protezione disponibili nonché addestrati al corretto uso dei DPI. Il SARS-CoV-2/Covid-19, con il distanziamento tra persone e l'isolamento sociale, ha modificato, inevitabilmente, anche il nostro modo di relazionarci e di lavorare. I numerosissimi D.P.C.M., Regolamenti, Disposizioni ministeriali, Regionali, aziendali, hanno introdotto importanti novità per contenere la diffusione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, imponendo a tutte le attività lavorative precisi obblighi di igiene giornaliera e sanificazione periodica degli ambienti, delle postazioni di lavoro e delle aree comuni nonchè obblighi di utilizzo delle mascherine protettive e degli altri dispositivi di protezione individuale (DPI) necessari per il contenimento dell'emergenza sanitaria nonché come proteggere i lavoratori dal rischio Covid-19 attraverso l'utilizzo di idonei dispositivi di protezione, sia individuale (DPI) sia collettiva (DPC) e attraverso l'utilizzo di mascherine medico chirurgiche.

IL SET 118 BARESE E PANDEMIA DA COVID-19

Il SET 118 barese in risposta alla pandemia da COVID 19 tra inefficienze strutturali e politiche sanitarie preoccupanti

Ciro GENCHI

A distanza di oltre un anno dal primo caso accertato a Wuhan in Cina e ad oltre un anno dalla dichiarazione dell'OMS di dichiarata pandemia l'Italia intera, in ambito sanitario, si trova a fronteggiare un'emergenza che è prima politica e poi sanitaria. Sembra quasi un paradosso ma, si può asserire che politiche sanitarie inadeguate, passate ed attuali, sono alla base di un susseguirsi di caleidoscopiche situazioni che hanno certamente ripercussioni anche sulla salute dei cittadini. Tra le politiche sanitarie pregresse più discusse in questa crisi pandemica, si fa sicuramente riferimento alla riforma del Titolo V della Costituzione che di fatto delega a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari puntando ad un federalismo di tipo solidale. La modifica del titolo V del 2001 poteva rappresentare un'occasione straordinaria per organizzare al meglio i servizi sanitari e rilanciare una sanità migliore, invece si è dimostrata una delega per il controllo della spesa e, soprattutto, dello spendere meno. In definitiva ciò ha generato una deriva regionalista con 21 sistemi sanitari differenti. Dal sito del ministero della salute…omissis… "il principio di eguaglianza e il principio di universalità del Ssn costituiscono presupposto indefettibile per assicurare la coesione sociale del Paese e per contrastare le conseguenze sulla salute frutto delle disuguaglianze sociali, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche dei singoli territori". Queste diversità hanno fatto sì che, durante questa pandemia, le disparità tra i vari SSR e la conseguenziale risposta sanitaria, sia stata diversa tra regione e regione. Anche le varie zone a rischio assumevano colorazioni diverse anche in base ai parametri sanitari propri di quella regione e alla capacità di far fronte a quel particolare momento unitamente ad altri indicatori. Nuovi modelli organizzativi per il triage intraospedaliero, al fine di minimizzare i contagi, e procedure di sanificazione ai massimi livelli, venivano attuati per impedire al virus Covid-19 di penetrare all'interno delle strutture sanitarie e non. Messaggi poco incoraggianti di taluni esponenti politici proprio durante l'estate lasciavano presagire che la pandemia da coronavirus stesse scemando. Il governo centrale prorogava lo stato di emergenza sino a tutto il 2020. Certo, una recrudescenza dei contagi, seppur palesata da epidemiologi e virologi, è esplosa nei primi giorni di novembre 2020 lasciando del tutto impreparati con i soliti problemi e le solite problematiche irrisolte. Le criticità si sono dimostrate sin da subito evidenti soprattutto sulla capacità recettiva degli ospedali non pronti a fronteggiare questa nuova ondata pandemica a seguito dell'improvvisa recrudescenza dei contagi. Si riconvertivano così ospedali che nella precedente ondata pandemica erano "no covid" in ospedali "covid" e, in tempi recenti, a seguito di un importante investimento, si realizzava addirittura un ospeda-

le Covid all'interno della Fiera del Levante di Bari. Un'inaugurazione avvenuta a gennaio c.a. che è bloccata tra procedure amministrative e mancanza di personale. L'approvvigionamento dei Dpi è migliorato con il tempo pur restando piuttosto insoddisfacente rispetto ai bisogni soprattutto nel Set 118 barese con scarsità di guanti monouso non sterili (spesso sostituiti con guanti sterili), sovra scarpe, carenza di gel alcolico per l'igiene delle mani unitamente ad atavici problemi che il Set 118 si trascina nell'indifferenza dei preposti, così come a più riprese esposto dal Presidente dell'Opi di Bari. Tuttavia questa semplice rappresentazione non rende fattiva la rappresentazione dei disagi e delle profonde disattenzioni proprio del 118 barese, che vanno rappresentate in un lungo elenco per citarne solo alcune:

- Le procedure di vestizione e svestizione continuano a compiersi all'aperto ed esposti alle intemperie;
- La penuria di mezzi d'emergenza, macroscopicamente evidenti in questo periodo poiché non si è opportunamente considerato il fermo mezzi (di circa un'ora per ogni intervento) per le procedure di sanificazione;
- La scarsità di postazioni per gli operatori di centrale che sono sobbissati dal doppio delle chiamate di soccorso rispetto ad un anno fa;
- La mancanza delle centrali uniche di risposta 112, dovevano essere operative già da diverso tempo, poteva filtrare una buona parte delle chiamate ed invece i consueti ritardi gravano tuttora sulle centrali operative 118;
- La rete radio-digitale che rappresenta ormai una pleonastica aspettativa, per un sistema che va modernizzato secondo la normativa di contesto;
- La piena attuazione del piano dell'emergenza-urgenza del 2016 con l'attuale carenza di automediche.

Lo stato dell'arte pone in evidenza come ci sia una reale situazione di distacco dalle prerogative del sistema d'emergenza-urgenza 118 laddove non è più in grado di garantire tempi ragionevoli. Il perdurare di situazioni di attesa, anche per ore, svilisce l'attività primaria del 118 finalizzata a garantire tempi rapidi di soccorso e il rispetto della golden hour per le patologie tempo dipendenti tra cui si ricordano il paziente traumatizzato, l'ima-stemi e lo stroke. La situazione di contesto è drammatica, il barcamenarsi nei disagi e i tempi di risposta alle chiamate verso il numero 118 sono inaccettabili. La politica non può unicamente essere enfatizzata a seguito della realizzazione di nuovi ospedali ma, deve essere inclusiva anche in merito ad altri tipi di criticità e, il 118 va osservato. È inverosimile, ad esempio, che il cittadino alle prese con un'urgenza debba letteralmente attaccarsi al telefono per decine e decine di minuti in attesa che qualcuno della centrale operativa possa rispondere e, ancor più attendere un soccorso che, per la congiuntura del momento pandemico, contempla ritardi dovuti ai tempi di vestizione, sempre ché ce ne sia uno disponibile. Anche per gli operatori del 118 la situazione non è diversa, ricontattare la C.O. nell'attesa di un feedback di aiuto per una rapida centralizzazione rappresenta una chimera. Spesso si rende necessario, in situazioni di vera difficoltà, chiamare il 112 oppure si chiama il 118 attraverso cellulari personali. Questa situazione è tristemente nota e rappresenta un dato di fatto. Sarebbe stato utile, prioritariamente, implementare le postazioni di risposta in seno alla C.O. 118 e i mezzi di soccorso territoriale attraverso la stipula di nuove convenzioni per rimediare al periodo pandemico anziché, indirizzare scelte politiche verso la realizzazione della costituenda nuova Centrale 118 nel territorio della Bat (deliberata proprio a fine dicembre 2020). Per quanto sopra è inevitabile suggerire un orientamento diverso, che va individuato nel fatto che in tempi di straordinaria emergenza sarebbe giusto perseguire strategie alternative in deroga all'attuale ordinamento in materia proprio del D.M. 70/2015. Nella città di Molfetta, ad esempio, grazie ad iniziative di privati un ulteriore mezzo d'emergenza Victor (ambulanza di 118 con soli volontari) è stato attivato per far fronte a questa inverosimile insufficienza di mezzi in quel territorio. Il presidente dell'Ordine di Bari ha evidenziato, in una recente nota, che il sistema per quanto sopra va implementato nel numero di mezzi e personale. In ultima analisi si ritiene opportuno operare scelte strategiche diverse per accelerare il percorso riformatore del 118 barese attraverso tutti gli stakeholder che sia condiviso e realizzato con urgenza.

"MODULAR NURSING"

Procedura organizzativa modulare

Antonio **MANGIALARDO**

Stefania **PRINCIGALLI**

Siamo infermieri del Pronto Soccorso del Policlinico di Bari e con questo lavoro vogliamo far conoscere le idee che ci hanno spinto a voler cambiare le modalità di assistenza alla persona all'interno delle aziende ospedaliere, e gli obiettivi prefissati. È ormai quasi un anno che affrontiamo la pandemia da covid-19, con tutte le difficoltà, umane, gestionali, organizzative ed economiche, del nostro sistema sanitario, prima latenti e poi palesate. Il cambiamento era ormai divenuto un imperativo per non soccombere o remare contro ad una società che si evolve rapidamente, caratterizzata da una casistica così eterogenea e da una grande complessità assistenziale. Dinanzi a tutto ciò, diviene fondamentale modificare i termini in cui si concepisce l'assistenza alla persona, rispettando il fine ultimo dell'efficacia, efficienza ed economicità (non intesa soltanto in termini di budget). La nostra sperimentazione parte proprio da qui e la nostra proposta è: il "Modular Nursing". Un modello che valorizza, non soltanto, il paziente, posto al centro dell'assistenza, ma anche il professionista sanitario all'interno di un'equipe multidisciplinare e multi professionale, con la valorizzazione delle competenze avanzate e trasversali di ciascuno. Tale modello punta sull'incremento della customer ed employee satisfaction, ponendo l'accento sulle competenze sanitarie-gestionali ed organizzative degli infermieri. Un infermiere che non è più, ormai da tempo, un mero esecutore che porta a termine il compito affidatogli ma, con tale modello, ha una visione olistica del paziente e dell'organizzazione necessaria.

Obbiettivi ed indicatori di qualità:

- Ottimizzare i meccanismi di briefing, approvvigionamento, gestione delle risorse tecnologiche e strutturali;
- Ottimizzare le procedure assistenziali attraverso una più razionale, efficace, efficiente organizzazione del lavoro;
- Individuare precise figure Mediche ed Infermieristiche di riferimento, deputate all'attività su specifici moduli e unità letto;
- Migliorare la customer e l'employee satisfaction (somministrazione mensile del questionario MMSS=Maccloskey Mueller Satisfaction Scale);
- Briefing giornaliero e monitoraggio bisogni formativi.

Functional Nursing: il superamento del modello:

- la suddivisione per compiti portava l'infermiere a conoscere solo un aspetto del paziente (in base al compito assegnatogli), quindi era ben lontana la presa in carico a 360° e la responsabilizza-

zione dell'assistenza infermieristica.
- Il compito era vissuto come obiettivo e non come strumento per raggiungerlo, le attività parcellizzate, senza visione globale con approccio meccanicistico e non più centrate sulla persona ma sull'organizzazione.

Modular Nursing: una nuova prospettiva per l'assistenza sanitaria.

Nato dall'unione tra il primary e il team nursing, prevede la suddivisione del reparto in moduli (es. A-B-C), in ciascuno di essi, vi è la presenza di un infermiere. Garantisce:
- Continuità assistenziale;
- Riduzione drastica degli errori dovuti ad un continuo passaggio di informazioni frammentate;
- Migliore employee satisfaction e motivazione ad agire del personale;
- Potenziamento delle competenze cliniche, gestionali, organizzative e responsabilità delle singole discipline operanti, riduzione del rischio di burnout, autonomia e indipendenza;
- Lavoro multidisciplinare e trasversale;
- Migliore customer satisfaction (percorso incentrato sull'individualità del paziente, personalizzando i piani assistenziali, il paziente percepisce una maggiore sicurezza e serenità, con la presenza di un unico infermiere per turno a cui poter comunicare tutti i suoi bisogni fisici e non);
- Corsie lunghe superate, dividendole in moduli con camere vicine.

Risorse Umane:
- 1 infermiere per ogni modulo;
- 1 medico per n. 2 moduli;
- 1 OSS + 1 Ausiliario per sistema modulare.

Modulo Assistenziale:
- 5 posti letto;
- Carrello terapia (materiale e farmaci suddivisi secondo check-list);
- Carrello igiene e medicazioni;
- Carrello Emergenza/Urgenza

Unità letto paziente:

Letto (spondine e telecomando funzionante); Monitor con Cavo per PA, elettrodi per monitoraggio cardiaco, saturimetro, cavo per rilevazione TC; Erogatore O2; Aspiratore; Ventilatore; Asta per flebo; Comodino; ROT (affianco all'ingresso della stanza).

GESTIONE DEGLI SPAZI E DEL PERSONALE:

MUSI COVID:

Il reparto suddiviso in moduli con quattro - otto unità letto (a seconda del livello di intensità di cure), camere vicine tra di loro e omogenee per livello di complessità assistenziale. Prevede la presenza di 3 medici e 2 oss:
- nel turno mattutino e pomeridiano vi sono: quattro infermieri (tre suddivisi tra altrettanti moduli e un jolly), un oss e un ausiliario come figure di supporto.
- turno notturno: tre infermieri e un oss.
- qualora vengano assegnate alla nostra uoc i letti della ex cardiologia d'urgenza e ex cpu, si aggiungeranno ulteriori 3 moduli.

MUSI NON COVID (EX SALA ROSSA) (1 MEDICO + 1 OSS)
- 2 moduli per un totale di 7 unità letto (4+3) gestite da due infermieri di cui uno (individuato sul turnetto con r) addetto anche alla cura delle apparecchiature, approvvigionamento di sala e compilazione delle check-list.

SHOCK ROOM (EX AREA GIALLA) (2 MEDICI NEL TURNO 8-20; 1 MEDICO NEL TURNO 20-8; + 1 OSS + 1 AUSILIARIO)
- 2 Moduli (Primo modulo con 2 Box di accoglienza, Secondo modulo con 4-6 Unità letto per la sosta breve intensivistica) con due infermieri che all'occorrenza collaborano fra di loro in una gestione integrata.

NUCLEO ASSITENZIALE AVANZATO (1 Medico + 1 Aus)
- 2 infermieri di cui uno (individuato sul turnetto con T) addetto al Triage.

PRETRIAGE (1 Ausiliario in comune con Area Verde)
- 1 infermiere + 1 Ausiliario in comune con i codici Verdi.

AREA VERDE (Attiva 8-20) (1 Medico + 1 Ausiliario in comune con il PreTriage)
- 1 infermiere.

RUOLO DELL'INFERMIERE:

L'infermiere, in ciascun modulo, è responsabile dell'assistenza infermieristica dei pazienti presenti, ma anche della gestione al meglio delle risorse, del rifornimento, corretto funzionamento di esse ed in caso contrario delle segnalazioni, attraverso le check-list presenti in reparto.

L'infermiere "Jolly" si occuperà dell'accoglienza dei pazienti in arrivo, con il trasferimento presso un'area pulita (Area Grigia), ove si occuperà di un iniziale monitoraggio

e stabilizzazione delle condizioni cliniche e successivamente, in base alle patologie, intensità di cure e alla disponibilità di posti letto nei diversi moduli, sceglierà la più corretta collocazione al fine di garantire un'adeguata e tempestiva assistenza e un livello di complessità assistenziale simile tra i diversi moduli. Inoltre, è disponibile come supporto per i colleghi in caso di necessità e sovraintende all'andamento di tutto il servizio infermieristico e al rispetto delle procedure qui riportate. Si rapporta direttamente con la Coordinatrice o suo sostituto. In supporto a tale metodica di lavoro, vi è l'adozione della Cartella infermieristica.

Il cambiamento spesso genera resistenza, richiede flessibilità, adeguamenti culturali ed un alto livello formativo, si rende necessario soprattutto quando è evidente un malcontento del paziente e dell'infermiere stesso che, in passato, doveva avere in carico più pazienti su intere corsie nelle Unità Operative.

Si percepiva un aumento del carico di lavoro e maggiore confusione, in particolare nel formulare le consegne, ricomponendo quel puzzle frammentato di dati clinici, con il rischio di informazioni smarrite o non comprese tra colleghi.

La complessità assistenziale avanza e di pari passo anche le nostre competenze e responsabilità, consapevoli che responsabilità e soddisfazione sono due facce della stessa medaglia.

	Molto Soddisfatto	Moderatamente Soddisfatto	Né soddisfatto Né insoddisfatto	Moderatamente Insoddisfatto	Molto Insoddisfatto
1 Stipendio	5	4	3	2	1
2 Ferie	5	4	3	2	1
3 Benefici (pensionamento, incentivi economici per posizioni di lavoro	5	4	3	2	1
4 Ore di lavoro	5	4	3	2	1
5 Flessibilità dell'orario di lavoro	5	4	3	2	1
6 Possibilità di lavoro diurno	5	4	3	2	1
7 Opportunità di part-time	5	4	3	2	1
8 Flessibilità nel pianificare i tuoi fine/sett.	5	4	3	2	1
9 Incentivi per lavoro festivo	5	4	3	2	1
10 Permessi per maternità	5	4	3	2	1
11 Permessi per i figli	5	4	3	2	1
12 Superiore diretto	5	4	3	2	1
13 Colleghi	5	4	3	2	1
14 Medici con i quali lavori	5	4	3	2	1
15 Metodologie assistenziali in uso nel tuo reparto (lavoro per compiti, …)	5	4	3	2	1
16 Opportunità di contatti soc. nel lavoro	5	4	3	2	1
17 Opportunità di contatti sociali con i colleghi fuori orario di servizi	5	4	3	2	1
18 Opportunità d'integrazione con altre figure professionali	5	4	3	2	1
19 Opportunità d'interagire con Università o altri Centri di formazione	5	4	3	2	1
20 Opportunità di far parte di progetti e gruppi di lavoro aziendali	5	4	3	2	1
21Supervisione/controllo del tuo lavoro	5	4	3	2	1
22 Opportunità d'avanzamento di carriera	5	4	3	2	1
23 Riconoscimento del tuo lavoro da parte dei superiori	5	4	3	2	1
24 Riconoscimento del tuo lavoro da parte dei colleghi	5	4	3	2	1
25 Incoraggiamenti e rinforzi positivi	5	4	3	2	1
26 Opportunità di partecipare a ricerche/aggiornamento-formazione	5	4	3	2	1
27 Opportunità di scrivere e pubbl. articoli	5	4	3	2	1
28 Livello di responsabilità	5	4	3	2	1
29 Possibilità di contribuire alla soluzione di problemi lavorativi	5	4	3	2	1
30 Partecipazione nel prendere decisioni organizzative	5	4	3	2	1
31 Sistema d'incentivazione aziendale basato sulle posizioni funzionali	5	4	3	2	1

Scala della soddisfazione secondo McCloskey/Mueller
Quanto sei soddisfatto dei seguenti aspetti del tuo lavoro?
Istruzioni: questo questionario deve essere compilato individualmente.
Barrare la risposta appropriata.

BIBLIOGRAFIA

1. Davide Cattaneo - LIUC – Università Cattaneo "Complessità assistenziale ed intensità di cura: opportunità o minaccia per l'organizzazione dell'attività assistenziale?";
2. L.Natucci- Azienda USL 2 Lucca, "Esiti del modello di intensità di cure sulla popolazione anziana";
3. M.T.Ranieri- OPI Ravenna-Forlì-Cesena, "Modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica";
4. CPSI F. Trecca-DAIORT (Direzione Assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnica), "Progetto di revisione organizzativa: Dal Functional Nursing al Modular Nursing".

PROGETTO ASSISTENZA

Ignazio DE IUDICIBUS

Il nostro centro di formazione nasce nel 2019 denominato PROGETTO ASSISTENZA, un ramo della cooperativa sociale nata nel lontano 2004 a Bisceglie da un gruppo di infermieri per rafforzare i servizi territoriali.
Dopo anni di duro lavoro e grazie alla collaborazione di tanti infermieri abbiamo raggiunto i nostri obiettivi con grandi risultati, tant'è vero che il gruppo cresce e si allarga creando sul territorio di Molfetta un poliambulatorio medico-infermieristico (primo nel suo genere) denominato MEDICAL CENTER. Un ambulatorio con gestione organizzativa prettamente infermieristica collaborando con numerosi medici per quanto concerne visite polispecialistiche offrendo esami strumentali di altissimo livello. Dopo un breve percorso formativo con altri colleghi nel ramo della formazione di primo soccorso decidiamo di diventare anche noi centro di formazione e nel 2019 nasce il site training accreditato con la Regione Puglia e con il S.E.T. 118, allineati con l'International Training Center Squicciarini Rescue di Roma seguendo la società scientifica American Heart Association.
L'Ente di formazione viene gestito prettamente da Ignazio De Iudiciubus e Cesare Cosmai infermieri pluriventennali del SET 118 barese, Faculty e istruttori dell'American Heart Association con l'aiuto di oltre 35 istruttori suddivisi tra medici, infermieri di area critica, operatori di 118 ed esperti in cardioprotezione.
I corsi di formazione che organizziamo nascono per promuovere percorsi di crescita con altissima professionalità, per sanitari e non sanitari e per chi è chiamato ad occuparsi quotidianamente della gestione dei bambini: insegnanti, educatori/educatrici, operatori dei servizi di ristorazione collettiva e commerciale, servizi di assistenza all'infanzia pubblici e privati (come ludoteche, centri estivi, ecc…).
L'American Heart Association rilascia certificazioni internazionali per corsi BLS D (Basic Life Support and Defibrillation), ed in particolare ha tra le varie offerte formative, due diverse tipologie:

- Il corso BLSD – PBLSD denominato "BLS-HCP" per SANITARI, a cui accedono medici, odontoiatri, farmacisti, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, operatori e volontari di 118 in convenzione con SSN, Volontari di protezione civile, bagnini. Il corso dura 8 ore ed è incluso il percorso delle gestioni delle vie aeree con presidi come pallone ambu e pocket mask. Vengono rilasciati alla fine di ogni corso 1 card e 1 attestato BLS-HCP dell'"American Heart Association", viene poi registrato sul portale internazionale e verificabile da ogni paese del mondo, in quanto possiede valore in tutti i paesi del mondo. A seconda delle

sessioni sono previsti ECM per i soli sanitari anche in modalità FAD.

- Il corso HS RCP-AHA cioè "Heartsaver" rivolto a TUTTI, è aperto ad ogni persona che voglia imparare a salvare una vita, dai 14 anni in su. Per i ragazzi che frequentano le scuole superiori ha anche crediti formativi riconosciuti dal Ministero dell'istruzione. Il corso ha la durata di 5 ore ed ha al suo interno anche la gestione delle vie aeree e disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo. Viene rilasciato alla fine del corso 1 card e 1 attestato HS-AHA dell'"American Heart Association", che, abilita all'utilizzo del DAE con valore internazionale, che verrà poi registrato sul portale AHA verificabile da ogni parte del mondo, in quanto possiede valore in tutti i paesi del mondo e sul portale del 118 Regionale.

I nostri sono corsi interattivi con ROLE PLAY e Team Working Usano la tecnica dell'AHA Practice While Watching … "pratica guardando il video", comprovata dalla ricerca, che permette ai discenti di imitare competenze accurate eseguite durante l'esposizione di un video, con scenari veritieri mentre gli istruttori forniscono un feedback guidandoli nell'apprendimento delle competenze.

Durante i corsi vengono utilizzati solo ed esclusivamente simulatori QCPR digitali di ultima generazione di ogni età collegati a device (IPAD e PC) con torrette di proiezione per migliorare le perfomance e possibilità di avere feedback in tempo reale.

Nel corso per sanitari vi è una parte del corso dove i discenti si esercitano nelle dinamiche di Team ad elevate prestazioni simulando un'emergenza lavorando in equipe con la gestione ed assegnazione di ruoli. Questa simulazione mette i discenti difronte a difficoltà oggettive che, se svolte in modo non corretto durante un intervento reale di emergenza, porterebbe ad insuccessi inevitabili. Tutti i corsi vengono gestiti secondo normative anticovid-19 impartite dal Ministero della Salute per proteggere e garantire la salute di tutti.

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora oggi la principale causa di morte in Italia, essendo attribuibile a queste patologie oltre il 41% dei decessi registrati ogni anno, ben oltre la percentuale ascrivibile a tutte le patologie tumorali (28.4%) e all'attuale covid-19.

Organizziamo anche corsi divulgativi gratuiti sulle "Manovre salvavita Pediatriche, somministrazione e taglio degli alimenti in sicurezza secondo linee guida internazionali" per diffondere le manovre salvavita a più gente possibile. Salvavita, specialmente a bambini in età compresa tra 0 e 4 anni. Dalle statistiche nazionali emerge che il numero di decessi per soffocamento da corpo estraneo nei bambini supera il valore ufficialmente dichiarato. Tale sottostima è essenzialmente legata all'imprecisione nel riportare la causa ultima di morte (es. arresto cardiaco) e non quella che ha generato il danno (es. ostruzione delle vie aeree).

I nostri corsi sono aperti a tutti, genitori, nonni, maestre, operatori delle mense scolastiche, ecc., e mirano a ridurre la percentuale di mortalità per ingestione da corpo estraneo. In tale occasione vengono distribuiti gratuitamente manuali "0-100 e oltre" in formato integrale, poster salvavita e taglio degli alimenti validati dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità e dall' UENPS, ovvero la Società Europea di Neonatologia che racchiude tutte le società (Union of European Neonatal & Perinatal Societies).

Il predetto manuale (scaricabile a capitoli dal sito https://zerocentoeoltre.com/) include una parte molto dettagliata sull'anziano in quanto, questo tipo di problematica si presenta anche negli anziani e ha una forte associazione con la demenza (compresa la malattia di Alzheimer) e la malattia di Parkinson.

Ecco perché abbiamo deciso di fare formazione guardando avanti, investendo in tecnologia e scienza, unendoci a una società scientifica internazionale e a una rete di formatori del settore nazionale e solo così abbiamo avuto un impatto diverso sui professionisti e le loro performance si sono modificate dando ottimi risultati.

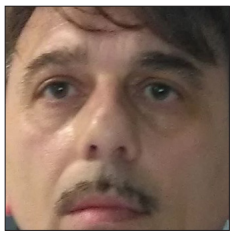
Continuiamo nella nostra mission formando più gente possibile alle manovre di rianimazione cardiopolmonare e creando progetti di cardioprotezione nelle tante città italiane coinvolgendo tutti dalle aziende ai condomini residenziali.

"Chi salva una vita salva il mondo intero".

L'ASSISTENZA NEONATALE ALLA NASCITA

L'idea e la realizzazione di un diagramma circolare riguardante le fasi dell'assistenza neonatale alla nascita

Domenico **DENTICO**



Raffaele **MANZARI**

Alla nascita il primo minuto è uno dei momenti più pericolosi che ogni essere umano deve affrontare durante la propria vita tanto che viene definito "Golden minute", durante il quale avvengono fondamentali processi fisiologici che consentono e favoriscono il passaggio dalla vita fetale a quella post-natale. Nel 90% circa dei neonati questo passaggio avviene senza difficoltà, nel 10% è richiesto una qualche forma di assistenza, mentre solo nell'1% dei casi è necessaria una forma di rianimazione avanzata come l'intubazione, le compressioni toraciche e l'utilizzo di farmaci.

Ogni anno, si stima, che una corretta assistenza al neonato, al momento della nascita, possa salvare nel mondo circa 700.000 vite.

Le azioni rianimatorie hanno maggiori probabilità di avere successo se vengono eseguite rispettando i tempi di intervento e prima che il neonato possa diventare anosico e asfittico, evitando, così, di giungere alla depressione del miocardio e alla perdita della capacità del respiro autonomo. È richiesta, assolutamente, la pianificazione dell'assistenza in ogni minimo particolare sin dalla fase precedente alla nascita attraverso un percorso strutturato in diversi momenti collegati tra loro in maniera funzionale come il counseling prenatale, la riunione del gruppo (briefing) di rianimazione neonatale, l'identificazione di un team leader, la comunicazione efficace (consigliata quella a "Closed-loop", cioè a cerchio chiuso), il controllo della funzionalità degli strumenti e la presenza del materiale indispensabile per l'assistenza al neonato attraverso l'adozione di una check-list.

A questo aggiungiamo l'importanza di documentare ciò che avviene durante l'emergenza rianimatoria, sia per aiutare l'attività decisionale clinica ma anche perché rappresenta una fonte di informazioni che potrebbe migliorare la qualità degli interventi e offrire spunti di discussione su quanto successo (debriefing).

A tal riguardo una interessante "Survey", realizzata in Italia, in seno ad un progetto Europeo e promossa dalla SIN (Società Italiana di Neonatologia) e dalla UENPS (Union of European Natal and Perinatal Societies), ci ha rimandato una chiara fotografia sulla importante tematica della qualità delle cure al neonato al momento della nascita nelle varie realtà italiane.

Il risultato dell'indagine, realizzata dal 1° febbraio al 1° luglio 2020 relativamente ai

Diagramma, realizzato graficamente da Davide Dentico

punti nascita dei centri di II livello è stato presentato a Venezia dal 7 al 10 ottobre, in occasione del XXVI Congresso Nazionale della SIN, ed ha consentito di rilevare punti comuni, differenze e tendenze tra neonatologi, pediatri e tutte le figure professionali sanitarie delle varie realtà operative coinvolte nello studio.

Lo strumento utilizzato è stato un questionario inviato a tutti i Direttori delle Terapie Intensive Neonatali (TIN) Italiane dotate di punto nascita, indipendentemente dal numero di parti per anno.

L'adesione allo studio in questione è stata molto alta raggiungendo una percentuale del 96 % delle TIN Italiane (111/115) con una media del numero di parti/anno di 1.800.

Da annotare che solo l'11% dei centri era sotto i 1.000 parti/anno.

È da rilevare, inoltre, una marcata differenza nella percentuale di risposte tra le Regioni. I dati presentati, tuttavia, si riferiscono alle 101 TIN associate a centri con più di mille parti l'anno (88%).

Gli ospedali universitari interessati all'indagine rappresentavano il 41%, mentre il restante 59% riguardava poli non accademici. Tutte le TIN coinvolte disponevano di CPAP, ventilazione meccanica invasiva e ventilazione ad alta frequenza, ma terapie ad alta specializzazione come quel-

Il percorso nascita è il periodo che intercorre dal momento della consapevolezza di una gravidanza al compimento del primo ciclo di vita del bambino che coincide convenzionalmente con il termine dei primi 1000 giorni, vale a dire con il terzo anno di età

le che utilizzavano ossido nitrico, ipotermia ed ECMO erano presenti maggiormente negli ospedali accademici.
L'indagine ha riportato un quadro complessivamente positivo in quanto gli atteggiamenti e le azioni da parte dei professionisti erano aderenti alle attuali linee-guida in materia. È apparso chiaro che l'assistenza in sala parto ha raggiunto, in Italia, ottimi livelli qualitativi, sebbene sussistano, comunque, ancora dei punti da rivedere circa alcune aree di intervento riguardanti:
1. L'organizzazione:
- L'incontro con i genitori (counseling) prima di un parto a rischio si realizza nell'88% dei centri.
- Il Briefing del team, prima del parto per discutere eventuali situazioni che possano prevedere rianimazione, viene organizzato solo nel 59,4% dei casi.
- La presenza di un team di rianimazione a tutti i parti si ha solo nel 57,4% dei casi.

2. Il ritardato clampaggio sui tagli cesarei elettivi viene eseguito nel 93% dei parti spontanei, ma scende al 68% nei parti cesari elettivi.
3. La rianimazione a funicolo integro, utilizzando apposita culletta, viene eseguita solo nel 20% delle TIN.
4. I gas riscaldati e umidificati, che oltre ad aiutare nel mantenimento della temperatura corporea riducono l'incidenza di emorragia endocranica nei neonati < 32 settimane, vengono utilizzati solo nel 56% dei centri.
5. Il capnometro, che offre la possibilità di confermare rapidamente l'esatto posizionamento del tubo in trachea, è utilizzato solo nel 18% dei centri.
6. Il monitor ECG, per valutare rapidamente ed efficacemente la frequenza cardiaca, viene utilizzato nel 40% dei centri. Il 50% rileva questo parametro fondamentale della rianimazione neonatale attraverso lo stetoscopio, nel 10% attraverso la palpazione alla base del funicolo.
7. I concetti etici riguardanti l'assistenza al neonato in sala parto, come il considerare l'opinione dei genitori riconoscendo loro un ruolo centrale tanto da poter influenzare, in certi casi, l'intervento del team, vengono considerati nel 71% dei centri. Il 56% dei centri ha riportato di avere un tempo limite oltre il quale interrompere le manovre rianimatorie.
Sulla scia di quanto considerato e con l'intento di ricercare una modalità diversa di rappresentare le varie fasi dell'assistenza al neonato in sala parto, rispetto ai normali algoritmi proposti dalla letteratura, si è pensato di realizzare uno strumento agile, cioè intuitivo, facile e di immediata consultazione, quasi a portata di tasca, che potesse essere di maggior aiuto anche nelle situazioni più critiche.
Agli Autori è balenata l'idea di strutturare un diagramma che potesse tornare utile alla causa e raggiungere l'intento prefissato.
La scelta è caduta sul diagramma (ved. grafico) circolare in quanto dotato delle caratteristiche ricercate, realizzandolo in riferimento alle evidenze più aggiornate.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Linee Guida dell'American Heart Association (AHA) per RCP paziente neonatale, 2020;
2. Textbook of Neonatal Resuscitation - AHA e AAP, 2016;
3. Raccomandazioni per la Rianimazione Neonatale - Gruppo di Studio di Rianimazione Neonatale della SIN, 2015;
4. https://www.tecnicaospedaliera.it/lassistenza-in-sala-parto-in-italia-i-risultati-della-survey-sin/ visitato il 31/03/2021;
5. http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=88694 visitato il 13/04/2021.

INFERMIERE & LIBERA PROFESSIONE

Pasqualina CARAMUSCIO

Nell'attuale panorama sanitario, contrassegnato dalla pandemia da SARS-CoV-2, contenimento della spesa sanitaria, tagli e blocco del turnover, l'infermiere si propone come una possibile nuova risposta alle necessità emergenti, attingendo al proprio bagaglio cognitivo, esperienziale e valoriale e alle diverse modalità di espressione dell'esercizio professionale. L'infermiere libero professionista assume la responsabilità del proprio agire professionale e la responsabilità di rappresentare la professione nel contesto sociale, esercitando la libera professione in forma autonoma o associata, agendo a domicilio della persona che richiede cure infermieristiche in forma autonoma o in studi associati. Il libero professionista infermiere si connota come prestatore d'opera intellettuale effettuata in regime di autonomia tecnica, con ampia discrezionalità e con propria organizzazione del lavoro. La possibilità di esercitare la libera professione è diventata un'opportunità di lavoro cui spesso molti infermieri ricorrono per intraprendere la loro attività lavorativa, soprattutto fra i neolaureati. Per dare una linea comune a questi professionisti della salute che durante la pandemia sono stati in prima linea con i loro colleghi dipendenti spesso componenti essenziali della task force della Protezione civile che nella prima fase della pandemia ha supportato le Regioni maggiormente in crisi, la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi) ha pubblicato come ebook il Vademecum della libera professione infermieristica sul corretto esercizio della professione, messo a punto dall'Osservatorio per la libera professione infermieristica, istituito proprio dalla FNOPI. Si tratta della revisione del precedente documento e sostituisce qualsiasi altro documento di indirizzo e linee guida sulla libera professione già emanato. Il Vademecum traccia vere e proprie linee guida per l'infermiere che vuole intraprendere la libera professione e ne delinea le varie sfaccettature, analizzando per ciascuna le opportunità, le norme da applicare e rispettare e tutto ciò che c'è da evitare. Questo anche perché la popolazione che fuori dell'ospedale non trova più mezzi per soddisfare i suoi bisogni di salute cade spesso nella rete di una paraassistenza alternativa fornita da chi professionista non è (badanti, caregiver familiari, ecc., tassello di assoluta importanza ma che anche essi vanno guidati ed indirizzati dai professionisti infermieri) o, peggio, di situazioni in cui grandi gruppi economici e cooperative acquisiscono la professionalità infermieristica mettendola sul mercato a tariffe piene, ma ripagando gli infermieri in modo assolutamente incongruo rispetto alla loro professionalità. Il vademecum è scaricabile sul sito FNOPI. Con il Decreto Rilancio, DL n. 34, pubblicato sulla Gazzetta

Ufficiale n. 128 del 19 maggio 2020 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" l'infermiere di famiglia e di comunità è legge, può operare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale con il compito di assicurare, in modo tempestivo, la continuità della cura, la comunicazione con gli utenti e, in sinergia e in collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, la presa in carico dei cittadini, al fine di rafforzare i servizi infermieristici. Nello specifico contesto epidemiologico con l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità, si mira a potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie. In deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, si possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. La finalità della presente legge è il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare allo scopo di garantire una rapida ed efficiente assistenza ai cittadini, in sostituzione del ricorso ai pronto soccorso e alla degenza ospedaliera, nonché ai malati cronici o in fase acuta che non richiedono cure intensive o praticabili esclusivamente nell'ambiente ospedaliero, monitorando i costi e aumentando l'appropriatezza clinico - organizzativa. Si riportano i passaggi da compiere per esercitare in Libera Professione in forma individuale o associata. In forma individuale l'infermiere notifica all'Ordine provinciale ove è iscritto l'inizio dell'attività professionale entro 30 giorni, trasmettendo: 1. scheda anagrafica aggiornata, comprensiva di indirizzo di Posta Elettronica Certificata – PEC – (articolo 16 comma 7 D.L. 185/2008); 2. copia del certificato di attribuzione della partita IVA, il cui codice ATECO 2007 deve essere 869029, ove esistente; 3. numero di attribuzione del codice di fatturazione elettronica (Codice Univoco); 4. copia della domanda d'iscrizione all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI); 5. recapito professionale e indicazione dell'eventuale ambulatorio/studio.

Ogni variazione dei riferimenti professionali o di natura fiscale, compresa l'eventuale cessazione dell'attività, dovrà essere comunicata all'Ordine provinciale entro 30 giorni dall'avvenuta modificazione. Nel caso in cui il libero professionista eserciti in modo non saltuario attività infermieristica in una Provincia diversa da quella dell'Ordine d'iscrizione, è tenuto a dichiarare all'Ordine della provincia presso il quale esercita:

- l'avvio dell'attività libero professionale;
- l'Ordine di Iscrizione;
- l'attestazione della trasmissione della documentazione necessaria, inerente l'attività libero professionale, all'Ordine di iscrizione.

L'esercizio della libera professione in forma aggregata tra più professionisti, può garantire una risposta assistenziale continuativa, complessa e prolungata nel tempo, anche rivolta a più assistiti contemporaneamente. In tale contesto, vista la presenza di più professionisti, possono essere inseriti in maniera sicura ed efficace infermieri neolaureati, al fine di guidarli nell'esercizio libero professionale e nell'acquisizione di esperienza e competenze. L'esercizio in forma aggregata, viene svolto nel pieno rispetto delle norme civilistiche, fiscali e previdenziali ed in conformità a quanto previsto dalla Legge per le forme aggregative adottate.

Le forme previste in aggregazione sono:

- Studio Associato;
- Cooperativa Sociale;
- Società tra Professionisti.

La denominazione dello Studio Associato segue, dal punto di vista del funzionamento interno e del regime fiscale, la disciplina civilistica della Società semplice. Lo Studio Associato che, sotto il profilo deontologico, è sottoposto, così come i suoi membri, alla vigilanza dell'Ordine, può essere costituito da:

- infermieri liberi professionisti iscritti all'Ordine;

»

- infermieri liberi professionisti iscritti all'Ordine e liberi professionisti iscritti in altri Ordini relativi a professioni sanitarie le cui rispettive attività siano integrabili a quella infermieristica.

Lo Studio Associato deve essere costituito almeno con scrittura privata registrata che deve riportare comunque: i nomi degli associati, la denominazione dello Studio Associato, la sede e la durata, le norme per il recesso o l'esclusione degli associati, i criteri di ripartizione degli utili, le norme regolamentari fra associati (poteri, organi di gestione, criteri di convocazione e partecipazione alle assemblee, ecc.) nei confronti dei clienti e nei confronti dell'Ordine. La possibilità di svolgere l'attività libero professionale in concomitanza con un contratto di lavoro subordinato è sempre vincolata all'autorizzazione da parte della struttura da cui si è assunti. L'infermiere dipendente di una struttura pubblica, inquadrato con un contratto di lavoro Full-Time o con un Part-Time superiore a 18 ore settimanali, non può svolgere attività lavorativa in regime libero professionale. La libera professione si distingue dal lavoro autonomo in quanto si esplicita attraverso prestazioni "tipicamente e intellettuali" e tecniche.

Nella prestazione "intellettuale" prevalgono i modelli cognitivi e culturali propri del gruppo professionale rispetto al lavoro manuale. Nella libera professione intellettuale il professionista, attraverso l'incarico professionale o contratto d'opera, assume la piena responsabilità per le scelte e le modalità utilizzate nell'esecuzione della prestazione. L'incarico professionale è regolato dal Codice Civile (art. 2231) con il fine di tutelare le cosiddette attività protette che sono tipiche di professionisti che effettuano prestazioni esclusive. L'Infermiere può esercitare la libera professione in forma associata tramite le Cooperative Sociali regolarmente costituite ai sensi della Legge 381/91 e 142/2001.

La presenza all'interno della cooperativa di altri professionisti o di figure di supporto all'assistenza infermieristica non dovrà in alcun modo limitare le garanzie di un corretto esercizio professionale da parte dell'Infermiere. La forma contrattuale di inquadramento professionale degli infermieri di famiglia e di comunità non dipendenti delle aziende sanitarie locali od ospedaliere è quella libero-professionale o convenzionata. Con decreto del Ministro della salute sono stabiliti i parametri, minimi e massimi, da applicare per ciascuna prestazione e attività dell'infermiere di famiglia e di comunità. In riferimento all'assistenza domiciliare, all'infermiere di famiglia e di comunità sono attribuite le seguenti funzioni:

a) valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita, del contesto familiare e della comunità;
b) promuovere e partecipare a iniziative di prevenzione e di promozione della salute rivolte alle comunità;
c) pianificare e realizzare interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e alle comunità, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita;
d) presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete sanitaria;
e) pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche di infermieri esperti;
f) promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
g) partecipare alla verifica e al monitoraggio dei risultati di salute;
h) sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali;
i) partecipare, nell'integrazione professionale, al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura e al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

BIBLIOGRAFIA

1. Vademecum della libera professione infermieristica- FNOPI;
2. DL n. 34, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 19 maggio 2020.

SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

La responsabilità infermieristica nell'ottimizzazione dell'attività operatoria

Fabiola PELLECCHIA

La chirurgia è stata una componente essenziale di assistenza sanitaria in tutto il mondo per oltre un secolo. La non corretta programmazione degli interventi chirurgici può causare errori o incidenti in sala operatoria e rappresenta un rilevante ostacolo alla sicurezza e alla qualità dell'assistenza; trattandosi tuttavia di processi sui quali incide fortemente la presenza di frequenti imprevisti e l'arrivo di casi urgenti, la programmazione delle attività serve soprattutto a rendere il più marginale possibile l'incidenza di questi fenomeni, al fine di mantenere un alto livello del servizio e il rispetto delle attività che vengono costantemente monitorate ed aggiornate. A tal proposito è stato condotto uno studio che ha permesso di conoscere più da vicino il rispetto dei tempi operatori e della sicurezza in sala operatoria tramite checklist. L'obiettivo è reperire i dati sulla tempistica delle sedute operatorie e sul rispetto della corretta compilazione della checklist per ridurre i rischi in sala operatoria e le responsabilità infermieristiche che ne conseguono. Il campione non probabilistico di convenienza analizzato è stato di n°30 pazienti i cui interventi sono stati analizzati. Sono state utilizzate schede di valutazione suddivise in due campi: quello legato al rispetto dei tempi operatori, correlati con l'inserimento nel sistema operativo della struttura ospedaliera, e la checklist per la prevenzione del rischio in sala operatoria. I tempi e i risultati estrapolati dalla checklist sono stati inseriti in uno schema numerico e successivamente elaborati traducendo i dati in media.

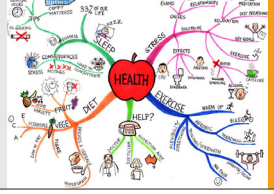
Dall'analisi delle tempistiche operatorie è emerso che rispetto alla richiesta urgente, in media, vi è uno scarto tra i dati rilevati dagli infermieri di sala operatoria e i dati dello studio di -10 minuti; -15 minuti per la chiamata del paziente e -11:56 minuti per l'arrivo del paziente nel quartiere operatorio. Tra i dati inseriti nel sistema e quelli reperiti dallo studio, l'ingresso in sala si discosta, in media, di 02:06 minuti, 02:36 minuti l'inizio dell'anestesia e -00:20 minuti la preparazione del paziente; per l'inizio dell'intervento risulta un differenziale temporale di 03:12 minuti.

Questi dati sono forse i più rilevanti da sottoporre ad un'indagine specifica poiché nella maggior parte dei casi si verifica la compilazione del database proprio dopo l'inizio dell'intervento e solo subito dopo la fine.

In questo caso c'è un margine di errore maggiore di trascrizione e di incongruenza temporale poiché le varie attività svolte non vengono registrate contestualmente al loro verificarsi. Per la fine intervento l'ora rilevata si discosta da quella registrata di 02:56 minuti, il fine risveglio o fine anestesia di 04:52 minuti.

Questi risultati sono attribuibili a tutte le procedure che vengono effettuate prima, »

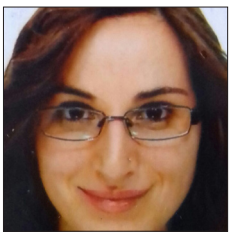
durante e dopo la seduta operatoria; ciò incide come importante fattore di prevenzione sul rischio clinico.
Dove l'attenzione è maggiore, migliore potrà essere la qualità di assistenza perioperatoria rafforzando la responsabilità infermieristica. La corretta compilazione della checklist ha dimostrato che gli infermieri di sala utilizzano questo strumento ma non in maniera adeguata; infatti il 100% delle checklist sono state compilate, ma lo 0% delle checklist è stato compilato in maniera corretta: lo 0% delle checklist sono state lette ad alta voce; per la fase SIGN IN solo nel 3% dei casi tutti i componenti dell'equipe erano presenti in sala operatoria prima dell'induzione dell'anestesia.
Durante la fase di TIME OUT solo nel 20% dei casi tutti i componenti dell'equipe erano presenti, viceversa nell'87% dei casi tutti i componenti dell'equipe erano presenti dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea. I chirurghi non esprimono interesse nella compilazione, inoltre per la maggior parte degli interventi non viene preso in considerazione il corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio. Nella fase di SIGN OUT nel 50% dei casi tutti i componenti dell'équipe erano presenti, e solo nel 3% dei casi erano presenti prima che il paziente abbandoni la sala. Si è rilevato un numero considerevole di items non esplicitati, ma comunque contrassegnati; durante la rilevazione si è constatato che il coordinatore della checklist compila in maniera autonoma le varie fasi, in quanto il chirurgo tempestivamente si assenta per la descrizione dell'intervento in modalità informatizzata.
In base al tipo di intervento chirurgico c'è una suddivisione dei casi tra gli anestesisti presenti nel blocco operatorio che spesso si trovano a dover seguire due pazienti contemporaneamente; d'altra parte anche i chirurghi di rado sono presenti dall'ingresso in sala del paziente fino all'uscita.
Questo comporta certamente un aumento del rischio clinico correlato all'intervento chirurgico e un rischio maggiore anche per l'infermiere che si trova così a dover affrontare velocemente eventuali complicanze.
La sottostima nei confronti della checklist deriva da una compilazione imprecisa, ripetitiva, alla paura/resistenza a segnalare, alla scarsa conoscenza dello strumento.
Esistono ancora dubbi, incertezze e comportamenti scorretti che compromettono il risultato della sicurezza per il paziente e mettono anche a rischio di procedure legali gli stessi operatori sanitari.
Da questa analisi è emerso come vi siano diversi punti che lasciano ampio margine di miglioramento attuando un monitoraggio continuo delle tempistiche ed adottando strategie organizzative come l'adozione di strumenti di previsione dei tempi o di parallelismo delle operazioni.
Si evince la necessità di lavoro organizzativo finalizzato ad assicurare, durante la fase di programmazione e pianificazione, spazi operatori proporzionali ed equi in relazione alla domanda chirurgica; necessità di calendarizzare gli interventi urgenti nel rispetto dell'attività in elezione, non essendo sempre possibile riservare all'attività in urgenza una scala dedicata e non essendo disponibili, data l'esiguità degli organici, équipe riservate al percorso di urgenza/emergenza.
Per assicurare una reale applicazione dei tempi operatori e della checklist è fondamentale infondere nei professionisti la consapevolezza che lo strumento e il corretto comportamento tutelano, oltre al paziente, anche loro stessi rispetto al verificarsi di eventuali eventi avversi e del contenzioso.
L'infermiere è un'importante ruota dell'ingranaggio, non potrà esimersi dal rischio di eventuali colpe per negligenza ove non presti attenzione a tali importanti procedure.
Sarebbe opportuno effettuare un monitoraggio continuo, un controllo maggiore da parte dei responsabili ed inoltre rafforzare la formazione con la promozione di audit, con un maggiore feedback agli operatori e con interventi formativi rivolti soprattutto a nuovi operatori e ai neo-assunti.
Non potrà mai esserci un'attività operatoria priva di rischi, ma è importante capire quali sono le possibili lacune di questo vasto campo ed agire affinché il futuro dei prossimi pazienti ed infermieri sia sempre vissuto in sicurezza e responsabilità.
Per ottenere risultati positivi sono necessari partecipazione e disponibilità; quando si lavora con coscienza e responsabilità si migliora tutto il processo assistenziale e si favorisce un crescendo della qualità dell'assistenza erogata.



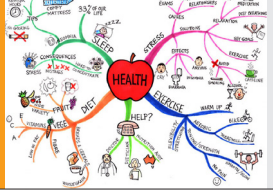
EMERGENZA COVID-19 E DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA

Angela **SARDELLA**

Liana Libera **DIANA**



Con il presente articolo non si vuole minimamente negare o minimizzare la gravità dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2/Covid-19 in corso, anzi, al contrario, si ritiene che un'informazione il più possibile razionale e che non tenda a suscitare scalpore nell'opinione pubblica sia un ausilio fondamentale ad affrontare una sfida che l'essere umano non affrontava, con tale intensità, da un secolo (dai tempi della pandemia influenzale cui fu dato il nome di "spagnola"). La recente epidemia da Covid-19 ha scatenato in Italia un clima di psicosi collettiva, su cui l'attenzione mediatica ha avuto ed ha tuttora un ruolo predominate. Tale pandemia è difficile per tutti, in parte per l'obbligato isolamento sociale, in parte per la paura di contrarre il virus e di vedere sè stessi o i propri cari in pericolo di vita. Le reazioni alla pandemia sono state documentate in diversi studi (Nardi &Cosci, 2021) e si è visto che i soggetti tendono a reagire principalmente attraverso preoccupazioni disfunzionali (difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno, scarso rendimento a lavoro, ricerca ossessiva di notizie) ansia per la salute e ipocondria. In questo lavoro ci concentreremo su quest'ultima categoria, l'ipocondria, poiché queste persone hanno vissuto e continuano a vivere questa esperienza in modo più drammatico di altri. Il termine "ipocondria" (patofobia o disturbo da ansia di malattia come definito dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - DSM-5) è un disturbo psicologico caratterizzato dalla presenza di una forte paura di avere una grave malattia fisica. Si riscontra una preoccupazione eccessiva per la salute, che può andare dall'attenzione esagerata nei confronti del funzionamento del corpo ad un senso di trasformazione delirante di esso. L'individuo, in preda ad uno stato emotivo di ansia, interpreta, distorcendole, sensazioni fisiche di malessere e/o dolore come prova di qualche malattia fisica. È un disturbo caratterizzato dalla presenza per almeno 6 mesi di un'eccessiva preoccupazione legata alla paura di poter contrarre una malattia o alla convinzione di soffrire di una grave malattia. Alcune persone, persino di fronte ad inequivocabili prove cliniche di benessere e salute, sono convinte di avere una patologia così grave ed occulta, basandosi esclusivamente sull'erronea interpretazione di sintomi fisici e segni che vengono considerati come indicatori di grave patologia, nonostante ci sia stata un'attenta valutazione medica e che abbia escluso la presenza di condizioni fisiche che po- »

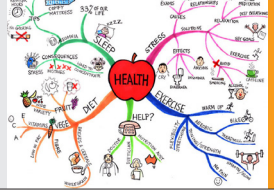


tevano giustificare tale preoccupazione. L'ipocondriaco è convinto che i medici con cui è venuto a contatto non siano stati in grado di capire la vera natura del suo problema e quindi di dare una soluzione adeguata. Nel DSM-5 l'ipocondria è classificata all'interno dei disturbi da sintomi somatici con il nome di disturbo da ansia di malattia e per effettuare la diagnosi sono necessari i seguenti criteri diagnostici:

- Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia.
- I sintomi somatici non sono presenti o, se sono presenti, sono di lieve entità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparla, la preoccupazione è chiaramente eccessiva o sproporzionata.
- È presente un elevato livello di ansia riguardante la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo il proprio stato di salute.
- L'individuo attua eccessivi comportamenti correlati alla salute (ad esempio: controlla il proprio corpo cercando segni di malattia) o presenta un evitamento disadattivo (ad esempio: evita le visite mediche e ospedali).
- La preoccupazione per la malattia è presente da almeno 6 mesi, ma la specifica patologia sospettata può cambiare nel corso di tale periodo di tempo.
- La preoccupazione riguardante la malattia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale come il disturbo da sintomi somatici, il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo ossessivo-compulsivo o il disturbo delirante, tipo somatico.

Il Soggetto ipocondriaco viene spesso considerato un malato immaginario con dei comportamenti bizzarri, a volte anche comici, ma bisogna invece considerare che l'ipocondria è la manifestazione di un disagio e di una sofferenza interiore, che meritano la giusta attenzione un adeguato sostegno da parte di professionisti. L'ipocondriaco non riconosce la natura psicologica del proprio problema ma ricerca la soluzione medica della malattia. Dietro il timore di malattia vi è un grande senso di vulnerabilità e debolezza, gestito erroneamente ricercando un'impossibile certezza di perfetta sanità. Il paziente non riesce mai a trovare una risposta adeguata al malessere perché non viene mai affrontato il vero problema, che è il senso di fragilità personale. È un dato di fatto che a causa della pandemia in corso si sono diffuse importanti ripercussioni sulla salute psichica, oltre che fisica, degli individui e che le persone con una storia di sofferenza mentale hanno subito un'ulteriore compromissione dei loro disturbi. Tra queste, l'ipocondriaco occupa un posto di primo piano, reso più scomodo dalle insistenti raccomandazioni in merito ai comportamenti da tenere per minimizzare le possibilità di contagio, come lavarsi spesso ed in maniera idonea le mani o come starnutire nella piega del gomito, prestare attenzione a sintomi simil influenzali molto comuni quando ci sono frequenti sbalzi di temperatura e nella stagione invernale i sintomi come tosse, mal di gola, febbricola, stanchezza. L'ipotesi di contrarre il Coronavirus genera un'angoscia costante che determina l'osservazione di sintomi e segnali fisici preoccupanti legati al virus e mettere in atto comportamenti ossessivi per esercitare un controllo sul proprio corpo, come ad esempio misurare continuamente la temperatura. Il processo psicologico alla base di questo meccanismo è rappresentato dal dubbio costante di aver contratto il virus seguito poi dall'immaginazione di situazioni tragiche. La condizione psicologica vissuta è caratterizzata da una profonda sofferenza e spesso ne consegue il senso di isolamento. Spesso i MMG non vedono il disturbo psicologico che si nasconde dietro le continue richieste di visite ed esami del paziente, spesso assecondano la sua paura prescrivendo test diagnosti-

"È fondamentale che il giornalismo applichi criteri di moderazione e di opportunità nel trattare notizie che possono avere un impatto emotivo sulla popolazione"



ci superflui e rinviandolo ad altri specialisti. Le preoccupazioni dell'ipocondriaco non diminuiscono, anche a seguito di idonee rassicurazioni da parte dei medici, di esami diagnostici negativi. Solitamente è insoddisfatto delle cure mediche ricevute, arrivando a giudicarle inutili, e spesso ha la sensazione di non venir preso sul serio dai medici, e quindi spende molto tempo navigando in Internet e consultando testi e materiale informativo alla ricerca di prove che confermino le sue ipotesi. Anche in famiglia possono crearsi tensioni. Spesso le preoccupazioni del paziente ipocondriaco interferiscono con l'ambiente lavorativo e lo portano a ripetute assenze dal lavoro. L'ipocondria si accompagna spesso al timore della morte, una paura che il paziente tenterebbe di controllare attraverso continui esami medici tesi a rassicurarsi e ad allontanare le fantasie concernenti la propria vulnerabilità. Un ulteriore modalità comportamentale utilizzata dal soggetto ipocondriaco è l'evitamento, sottraendosi alle visite mediche ed evitando i pensieri connessi alle malattie e alla morte che possono generare ansia. Entrambe le strategie, il controllo e l'evitamento, hanno degli effetti positivi a breve termine, poiché favoriscono un abbassamento del livello d'ansia, ma a lungo termine sono dei fattori di mantenimento e cronicizzazione del disturbo. Il focus della terapia, perciò, sarà non tanto rassicurare il paziente del fatto che non contrarrà nuove malattie, quanto l'invito alla consapevolezza dell'inevitabilità di questi eventi. Solo attraverso l'accettazione il soggetto potrà tornare a comprendere ed apprezzare la vita nel suo complesso. I principali approcci clinici all'ipocondria sono quello Psicoanalitico, quello della Terapia Cognitivo-Comportamentale e quello della Terapia Breve Strategica, accomunati, oltre che l'obiettivo di curare i pazienti attraverso il dialogo clinico, dai costrutti di amplificazione somatosensoriale e ansia eccessiva per la salute. Ultimamente si sta diffondendo anche l'utilizzo della Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) che sembra agire sui meccanismi di rimurginio, ipervigilanza e interpretazione errata delle sensazioni corporee ed evitamento attraverso le trasmissioni di principi che comprendono la concentrazione sul momento presente e l'esplorazione positiva delle sensazioni corporee e dei pensieri ad esse connesse. L'accoglimento della persona affetta da ipocondria è importante. L'approccio deve essere comprensivo, rassicurante, accettarla come persona sofferente, anche se la sua malattia è difficilmente oggettivabile. Accettare i suoi sintomi, senza però ingrandire la portata. Evitare di farla sentire colpevole perché i sensi di colpa rinforzano l'ansia; non colpevolizzare nemmeno i familiari; non deridere la persona e familiari. La disponibilità all'ascolto e al colloquio offre la possibilità alla persona affetta da ipocondria di comunicare e di condividere la propria sofferenza, permettendogli di sfogarsi, ed in seguito sarà possibile deviare il discorso su altri temi, quindi è utile lasciarla parlare delle sue esperienze e dei suoi interessi in qualche attività. Necessita autorevolezza nella gestione del rapporto con la persona ansiosa, ma sempre nel rispetto della sua sofferenza, che va compresa, ascoltata e anche quando è necessario mostrare fermezza nel dare indicazioni, non bisogna mai arrivare ad assumere atteggiamenti autoritari e repressivi. Comunque la fermezza deve sempre essere pervasa da comprensione e umanità.

"La disponibilità all'ascolto e al colloquio offre la possibilità alla persona affetta da ipocondria di comunicare e di condividere la propria sofferenza, permettendogli di sfogarsi, ed in seguito sarà possibile deviare il discorso su altri temi"

BIBLIOGRAFIA

1. Nardi, A. E., & Cosci, F. (2021). Expert opinion in anxiety disorder: Corona-phobia, the new face of anxiety. Personalized Medicine in Psychiatry, 25-26.

DISTURBI MUSCOLOSCHELETRICI SUL LUOGO DI LAVORO

L'ergonomia partecipativa per la prevenzione dei DMS sul posto di lavoro

Vincenzo **INGLESE**

Michele **FIGHERA**

La postura, il movimento, l'utilizzo di forza intensa, la frequenza d'azione, i fattori organizzativi sono solo alcuni aspetti che possono contribuire ad aumentare il carico fisico e mentale e creare condizioni di disagio che nel lungo periodo possono condurre anche ad un danno permanente per il lavoratore. In moltissimi compiti lavorativi l'attività fisica è un elemento fondamentale, basti pensare alla movimentazione dei pazienti negli ospedali. In questi casi il lavoratore sottopone il suo corpo a sforzi più o meno rilevanti poiché compie una serie di atti fisici tra cui sollevare, abbassare, trainare, spingere, trasportare carichi, oppure perché compie movimenti ripetuti periodicamente. Il D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. identifica il sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscolo-scheletrico come un fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi o di malattie professionali. Allo scopo di ridurre l'esposizione a tale rischio, il D. Lgs. 81/2008 cita espressamente le norme internazionali UNI EN 1005, UNI ISO 11226, UNI ISO 11228, nelle quali si fa esplicito riferimento alla gestione del rischio da Sovraccarico Biomeccanico dell'apparato muscolo-scheletrico. I dati riferiti all'Unione Europea dicono che un lavoratore su 5 soffre di disturbi muscoloscheletrici causati dal proprio lavoro. I disturbi muscoloscheletrici correlati al lavoro colpiscono la schiena, il collo, le spalle e gli arti superiori e inferiori e denotano qualsiasi danno o disturbo delle articolazioni o di altri tessuti. I problemi di salute vanno da malesseri e dolori di lieve entità sino a patologie più gravi che costringono ad assentarsi dal lavoro o per le quali sono necessarie cure mediche. Nei casi più gravi, possono addirittura portare a disabilità e alla necessità di lasciare il lavoro. La maggior parte di tali DMS si sviluppa nel tempo e solitamente la causa non è una sola, spesso vi concorrono vari fattori di rischio, tra cui fattori fisici e biomeccanici (movimentazione dei carichi, specialmente durante le fasi di flessione e torsione, posture scomode e statiche, ritmi intensi di lavoro, rimanere seduti o in piedi a lungo nella stessa posizione, movimenti ripetitivi o che richiedono uno sforzo, ambienti di lavoro freddi), organizzativi e psicosociali (elevata intensità lavorativa e bassa autonomia, assenza di pause o di possibilità di cambiare le posture lavorative, lavorare molto velocemente, anche conseguentemente all'introduzione di nuove tecnologie, lavorare per lunghe ore o a turni, bassa soddisfazione sul lavoro) e anche quelli individuali. È possibile avere disturbi muscoloscheletrici anche per altri motivi derivanti da condizioni di salute o da alcune attività extralavorative, ma, in ogni modo, è dovere dei datori di lavoro garantire ai propri lavoratori un basso rischio di sviluppare questi disturbi. I pro-

grammi di ergonomia partecipativa cercano di massimizzare il coinvolgimento dei lavoratori in questo processo in considerazione del semplice fatto che un lavoratore è certamente un esperto del suo lavoro. L'ergonomia è la disciplina scientifica interdisciplinare che si occupa della interazione tra l'uomo e il suo ambiente, quindi, dei problemi relativi al lavoro umano, applicata alla progettazione delle macchine e agli ambienti di lavoro e all'organizzazione degli spazi, degli strumenti e dei processi di produzione nei luoghi di lavoro in modo che si adattino alle persone che li utilizzano, individuando le soluzioni più idonee alle esigenze psicofisiche dei lavoratori e al contempo a quelle della produzione. L'obiettivo è di evitare che siano i lavoratori ad adattarsi agli spazi e agli strumenti di lavoro, costretti a lavorare in modo scomodo o stressante. L'ergonomia punta a migliorare gli spazi di lavoro e gli ambienti per ridurre al minimo il rischio di lesioni o danni, rendendoli sicuri, confortevoli e più produttivi, aumentando allo stesso tempo le capacità produttive del lavoratore.
È pensiero consolidato a livello internazionale che il coinvolgere i lavoratori nella sicurezza e salute sul lavoro è un'azione riconosciuta di notevole importanza per numerose ragioni, tra cui:

- il diritto ad essere informati sui pericoli e sui rischi sul lavoro;
- partecipazione come contributo essenziale alle misure di cambiamento del comportamento, come parte di una valutazione del rischio e di una strategia di riduzione a una misura più tollerabile o conveniente o anche favorevole del rischio;
- la necessità di migliorare la comunicazione tra lavoratori e management;
- promuovere la partecipazione come un modo per migliorare le prestazioni aziendali;
- migliore accettazione e rispetto dei cambiamenti sul posto di lavoro a cui hanno contribuito i lavoratori.

Nell'ambito delle attività aziendali i datori di lavoro sono tenuti ad informare e consultare i lavoratori ed i loro rappresentanti e consentire loro di prendere parte alle discussioni relative alla sicurezza e alla salute sul lavoro perché il management da solo non può avere una soluzione a tutti i problemi di salute e di sicurezza, mentre i lavoratori e i loro rappresentanti hanno un bagaglio di conoscenze dettagliate ed esperienza nell'ambito della propria attività lavorativa, e sanno in che modo l'attività potrebbe nuocere alla loro salute e sicurezza. Dove le capacità dei lavoratori e le esigenze del lavoro non sono abbinate, c'è un rischio molto forte di risultati negativi, mentre nei luoghi di lavoro in cui i lavoratori contribuiscono attivamente alla salute e alla sicurezza, si registrano, nella maggioranza dei casi, percentuali inferiori di infortuni sul lavoro.
La partecipazione dei lavoratori alla salute e alla sicurezza è un semplice processo bilaterale in base al quale i datori di lavoro e i lavoratori, per mezzo anche dei loro rappresentanti, si parlano, ascoltano gli uni le preoccupazioni degli altri, condividono opinioni e informazioni, affrontano i problemi, prendono in considerazione le proposte di tutti, si impegnano per trovare soluzioni comuni, e mostrano fiducia e rispetto reciproci. I datori di lavoro devono promuovere una cultura in cui gli aspetti della salute e della sicurezza siano integrati nei ruoli di tutti.
Nessuno conosce un'attività lavorativa meglio della persona incaricata di svolgerla, quindi è importante e razionale coinvolgere i lavoratori nell'individuazione dei rischi e nella ricerca di soluzioni. Infatti, i programmi di ergonomia partecipativa cercano di massimizzare il coinvolgimento attivo dei lavoratori in questo processo, nell'attuazione di conoscenze, procedure e cambiamenti ergonomici con l'intenzione di migliorare le condizioni di lavoro, la sicurezza, la produttività, la qualità, il morale ed il comfort, basandosi sul semplice fatto che un lavoratore è un esperto nel suo lavoro.

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.data-storage.it/download/2021/PREVENZIONE%20DEI%20DISTURBI%20MUSCOLOSCHELETRICI.pdf;
2. https://osha.europa.eu/it/highlights/participatory-ergonomics-how-can-it-improve-workers-health-and-well-being-and-prevent;
3. https://oshwiki.eu/wiki/Carrying_out_participatory_ergonomics;
4. https://osha.europa.eu/it/themes/musculoskeletal-disorders.

EPATITE C E LA SUA ERADICAZIONE

Maria ROMANAZZI

L'eliminazione delle epatiti virali è una sfida globale, un obiettivo comune a tutti i Paesi del mondo, sollecitati dalla strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha individuato ambiziosamente il 2030 come l'anno in cui le morti legate a queste patologie dovranno ridursi sensibilmente, così come il numero dei casi di infezione dovuti dal virus.

Con il comunicato n. 24 del 20 novembre 2020 sull'epatite C, il Ministro Speranza ha firmato, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, il decreto per screening nazionale che sarà inviato alla Conferenza delle Regioni per lo Screening nazionale gratuito. È un passo avanti perché permette di rilevare le infezioni da virus dell'epatite C non ancora diagnosticate e migliorare così la diagnosi precoce.

L'infezione da virus della epatite C (HCV) è causata da un virus a RNA che si trasmette tramite il contatto con sangue di persone infette, ed è la più comune causa di malattia cronica acuta; l'evoluzione della malattia è generalmente lenta e in un'elevata percentuale di casi la malattia è asintomatica fino alle fasi più elevate. Gli esiti a lungo termine sono molto variabili, e vanno da alterazioni istologiche minime rappresentate da un'attività infiammatoria che può evolvere in una fibrosi epatica progressiva. Analogamente a quanto accade per altri tipi di epatiti, l'epatite C in forma acuta si manifesta solo nel 20% dei pazienti che tende a regredire spontaneamente, poiché in molti casi il sistema immunitario dell'individuo infetto è in grado di sconfiggere il virus, il restante 80% degli individui sviluppa un'infezione di tipo cronico che rischia di progredire fino alla cirrosi epatica o al tumore al fegato.

Esistono 6 genotipi del virus dell'epatite C, che si presentano con frequenze diverse a seconda delle zone geografiche. Nel nostro Paese è frequente il genotipo 1 (in particolare 1b), che si riscontra in circa il 50% delle persone infette. Anche i genotipi 2, 3 e 4, più comuni in aree geografiche dove la prevalenza dell'infezione è elevata (Paesi asiatici, Est Europa ed Egitto), mostrano una frequenza in aumento in Italia a causa dei flussi migratori.

Negli ultimi anni si è assistito a un radicale cambiamento delle prospettive terapeutiche per i malati di epatite C. Fino a pochi anni fa lo standard di cura era costituito dalla associazione di interferone peghilato e ribavirina, che pur consentendo la guarigione in una discreta percentuale di casi, provocava effetti collaterali in una quota non trascurabile di pazienti, in grado tale da comportare la sospensione prematura del trattamento. Nel 2011 sono stati commercializzati i primi antivirali ad azione diretta (DAA) appartenenti alla classe degli

inibitori della proteasi. Il loro utilizzo prevedeva l'associazione con interferone e ribavirina, la loro efficacia si associava però ad altri effetti collaterali importanti che si aggiungevano a quelli dell'interferone e della ribavirina.

La svolta si è avuta dal gennaio del 2014 con la commercializzazione in Europa, dei nuovi antivirali ad azione diretta (DAA-Direct-Acting Antivirals). In base ai risultati degli studi clinici attualmente disponibili i regimi terapeutici a base di questi farmaci consentono l'aumento dei tassi di guarigione oltre il 95%, con ridotta tossicità della terapia e con aumento della compliance. Ciò consente di trattare efficacemente anche i genotipi più difficili ed i pazienti maggiormente compromessi compresi quelli che non hanno risposto a regimi a base di interferone.

Nel nostro paese l'AIFA ha deliberato che la prescrizione dei nuovi DAA a carico del SSN deve essere effettuata da parte di centri specificatamente individuati dalle regioni, attraverso il registro web based e ufficializza la commercializzazione del farmaco in classe di rimborsabilità a PHT, attribuendo il requisito dell'innovatività. Nella Gazzetta Ufficiale n. 75 del 30 marzo 2017 e G.U. n. 243 del 16 ottobre 2019, AIFA ha pubblicato i nuovi criteri di eleggibilità, allargando di fatto il trattamento a carico del SSN a tutti i portatori di epatite cronica HCV positivi, a prescindere dal grado di fibrosi in maniera gratuita. Parole chiave sono screening, linkage to care, trattamento, prevenzione della re-infezione. Lo screening nella popolazione generale deve appoggiarsi ai medici di medicina generale, sentinelle primarie sul territorio.

Screening su "Key population" (detenuti, consumatori di sostanze stupefacenti, migranti, over60) impegnando il sistema pubblico e privato, con progetti ad hoc multidisciplinari che si devono sviluppare sulla base di approcci olistici.

Per quanto il modello da seguire sia multidisciplinare, nella figura dell'infermiere si riconosce la centralità nello screening. Fondamentale è il ruolo degli infermieri, perché instaurano con l'utenza dinamiche che possono fornire l'incremento della motivazione dei pazienti stessi a sottoporsi all'indagine di screening, ma soprattutto perché li sostengono nel percorso terapeutico in maniera quotidiana in modo da rafforzare costantemente la loro motivazione a continuare la cura.

"Le campagne educazionali sono importanti e rivestono un ruolo di rilievo nell'informare tutte quelle persone che convivono con l'infezione da epatite C e che non sono ancora pienamente consapevoli del fatto che oggi si può guarire"

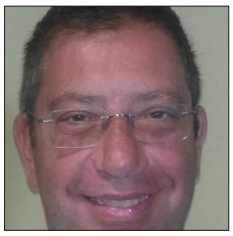
Le campagne educazionali sono importanti e rivestono un ruolo di rilievo nell'informare tutte quelle persone che convivono con l'infezione da epatite C e che non sono ancora pienamente consapevoli del fatto che oggi si può guarire e che è fondamentale recarsi presso i Centri specializzati e autorizzati per le nuove strategie terapeutiche.

Il medico di medicina generale ha il compito di accompagnare il paziente, in accordo con lo specialista epatologo, verso un intervento di educazione alla salute rivolto a conoscere la malattia, a come intervenire e come controllarla. L'obiettivo dell'intervento è l'empowerment del paziente, processo attraverso cui il soggetto acquisisce la conoscenza del problema fondamentale per la partecipazione attiva e consapevole alle scelte terapeutiche. Questo processo è sicuramente indispensabile per garantire la migliore aderenza al trattamento e la compliance del paziente.

La gestione del paziente affetto da una malattia cronica è uno dei maggiori problemi della medicina odierna, in quanto richiede lo sviluppo di modelli organizzativi strutturati ma che siano allo stesso tempo flessibili e in grado di rispondere alle specifiche necessità del paziente lungo il decorso della sua malattia, basandosi su una continua interazione ed integrazione tra medicina del territorio e medicina ospedaliera.

CONSAPEVOLEZZA DEL LAVORATORE

Domenico CIMARUSTI



Michela LACASELLA

In seguito alla pandemia di malattia da COVID-19, gli Stati membri dell'Unione europea (UE) hanno messo in atto una serie di misure per contrastare la diffusione della malattia. Tutti i settori lavorativi sono stati gravemente colpiti da questa crisi, dunque tutti i settori della società, tra cui datori di lavoro e parti sociali, devono fare la propria parte per proteggere i lavoratori, le loro famiglie e la società in generale. Nella nostra realtà italiana, ma anche nel contesto internazionale, si assiste, oggi, sempre più, ad un rinnovato interesse per le tematiche inerenti alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Trattasi di un fenomeno che merita un'attenta valutazione ed approfondimento. Il Testo Unico sulla "salute e sicurezza sul lavoro" (D. Lgs. 81/2008) riordina e coordina tutte le disposizioni legislative che si sono succedute a partire dal 1955 a tutt'oggi, rafforzando quel rapporto sinallagmatico tra l'obbligo per il datore di lavoro e diritto per il lavoratore, di garantire le misure generali di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro nonchè il diritto del datore di lavoro e l'obbligo per i lavoratori di contribuire, insieme al datore di lavoro medesimo, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. Il T.U. si applica a tutti i settori di attività, privati e pubblici, ed a tutte le tipologie di rischio. Il riordino e coordinamento delle vigenti norme in materia di salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro mira a facilitare l'applicazione al fine di diffondere anche nel nostro Paese la cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro. Il modello di sicurezza in forma partecipativa del D. Lgs 81/2008, non incentrato esclusivamente sulla figura del Datore di Lavoro e dei titolari di posizioni di garanzia, è basato sull'apporto di diverse figure che, partecipando e/o collaborando attivamente alla gestione della prevenzione e protezione dei lavoratori, contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo di rendere più sicuro l'ambiente di lavoro. La sicurezza è una questione trasversale alle varie funzioni organizzative e con cui, inevitabilmente, le risorse umane devono confrontarsi, in quanto l'evoluzione normativa ha messo in evidenza come il lavoratore sia soggetto attivo e responsabile per la propria e altrui sicurezza e come quest'ultima possa creare dei benefici anche a livello di produttività e competitività. I lavoratori non sono solamente i soggetti tutelati ma sono anche attori attivi, quindi, devono essere consapevoli delle condizioni del proprio ambiente di lavoro, dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza e devono partecipare alla valutazione dei rischi ed al rispetto delle misure precauzionali. Il datore di lavoro

è obbligato ad utilizzare tutti gli strumenti in suo possesso per tutelare la sicurezza dei lavoratori. Ci deve essere un costante scambio di informazioni con il Medico Competente ed il Servizio di Prevenzione e Protezione, circa i rischi presenti in azienda. Le Informazioni destinate ai lavoratori, devono riguardare indubitabilmente le possibili esposizioni a pericoli gravi ed immediati e le operazioni di emergenza da eseguire. Con l'Informazione i lavoratori imparano a riconoscere i rischi presenti in azienda e di conseguenza a ridimensionarli e a controllarli. Con la Formazione i lavoratori imparano il complesso di nozioni e procedure per maturare le capacità che permettono agli stessi di ridurre i rischi e di tutelare la sicurezza personale. Con l'Addestramento i lavoratori si esercitano ad utilizzare in modo pratico e corretto le attrezzature, i macchinari, i dispositivi e tutte le strumentazioni che servono per le fasi di lavoro o per gli interventi resi necessari dalle situazioni di rischio. La partecipazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti nella gestione della sicurezza e della salute sul lavoro è importante ed è anche un obbligo legale. Coinvolgere i lavoratori nella valutazione dei rischi e nella definizione delle misure precauzionali è un aspetto importante delle buone pratiche riguardanti salute e sicurezza. Ciò vale anche per le misure intraprese nei luoghi di lavoro in relazione alla COVID-19. L'analisi, l'individuazione e la valutazione dei rischi, sia fisici che psicosociali, negli ambienti di lavoro, rappresentano il punto di partenza per la gestione della salute e della sicurezza sul lavoro con le misure anti SARS-CoV-2/COVID-19. I datori di lavoro hanno l'obbligo di rivedere la valutazione del rischio qualora vi sia una modifica del processo di lavoro e di tenere in considerazione tutti i rischi, compresi quelli per la salute mentale. Subito dopo aver effettuata l'aggiornamento della valutazione dei rischi, il passo successivo sarà la definizione di un piano d'azione con misure adeguate.
Sicuramente la vaccinazione della maggior parte della popolazione porterà con il tempo all'allentamento delle misure ma molto probabilmente alcune misure rimarranno in vigore per un pò di tempo. La crisi COVID-19 sta mettendo sotto pressione datori di lavoro e lavoratori, come conseguenza della necessità di mettere in atto in tempi molto brevi nuove procedure e nuove pratiche. In questo contesto, la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro offrono un supporto pratico per la ripresa o il mantenimento del lavoro e contribuiscono a debellare la trasmissione della COVID-19. Importante è prestare particolare attenzione ai lavoratori che sono ad alto rischio e più vulnerabili, comprese i lavoratori anziani e quelli con condizioni croniche, come ipertensione, problemi polmonari, cardiaci, diabete, persone sottoposte a trattamento oncologico o a qualche altro immunosoppressore, nonchè le lavoratrici in gravidanza e le lavoratrici in allattamento. Infatti, la normativa di tutela del lavoro femminile, D. Lgs. 151/2001 "Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della legge 8 marzo 2000" in cui si prevede, nelle aziende in cui sono impiegate donne in età fertile, che il datore di lavoro con la collaborazione del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Medico Competente, informi le lavoratrici e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, sui rischi per la gravidanza, puerperio e allattamento presenti nell'ambiente di lavoro e individui le mansioni non pregiudizievoli per la salute della donna e del nascituro, modificando se possibile condizioni e orario di lavoro. I dirigenti potrebbero chiedere con maggiore frequenza ai lavoratori come stanno, si potrebbero agevolare le interazioni o i rapporti amicizia tra colleghi, le modifiche all'organizzazione del lavoro e nelle mansioni, i programmi di assistenza per i dipendenti o i servizi di affiancamento, nonché si potrebbe mettere a disposizione un punto di contatto con un servizio di salute sul lavoro.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Testo unico per la sicurezza sul lavoro (D. Lgs 81/2008);
2. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019;
3. https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19;
4. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response_en;
5. https://osha.europa.eu/en.

INFERMIERI DI AREA ONCOLOGICA

Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica: attività e prospettive

Daniela DE MARCO

L'Associazione Italiana degli Infermieri di Area Oncologica (AIIAO), membro della Associazione Europea degli Infermieri in Oncologia (EONS), nasce nel 2012 dall'unione delle precedenti tre associazioni oncologiche infermieristiche presenti sul territorio nazionale. AIIAO oggi mira ad essere una realtà associativa unitaria, centro permanente di vita professionale, luogo di riflessione, studio e approfondimento su tematiche di interesse per il nursing oncologico. Le attività dell'Associazione sono volte ad essere aperte e sinergiche alle attività di altre associazioni professionali, istituzioni e associazioni dei pazienti, con l'obiettivo di promuovere la cultura del nursing in oncologia ai fino di impattare positivamente l'assistenza ai malati oncologici, nelle diverse declinazioni cliniche ed organizzative che le malattie oncologiche richiedono: dalla prevenzione, alle buone pratiche, al sostegno tramite la formazione ai professionisti infermieri coinvolti in oncologia. Questo report è volto a divulgare le principali attività di AIIAO e commentarne il razionale sulla base delle sfide tradizionali, ma anche emergenti, che riguardano l'assistenza in oncologia.

Recentemente è stato pubblicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla International Council of Nurses (ICN) il report globale sulla situazione infermieristica nel mondo: attualmente ci sono quasi 20 milioni di infermieri a livello globale e mancano circa 9 milioni di infermieri per avere una copertura di personale adeguata alle richieste di salute. Da questi dati, non è ancora disponibile una stima esatta di quanti infermieri mancano globalmente nei contesti di cura oncologici. Tuttavia, ridurre l'impatto negativo sulla salute delle popolazioni delle malattie oncologiche è stato definito come un'azione fondamentale per raggiungere l'obiettivo di sviluppo sostenibile numero tre dell'agenda 2015-2030 delle nazioni unite.

Sul piano internazionale, la formazione specialistica degli infermieri in ambito oncologico è stata univocamente definita come una "condicio sine qua non" per raggiungere livelli di erogazione delle cure qualitativamente adeguate e sicure. Sebbene la formazione specialistica in generale e oncologica nello specifico risulta spesso essere presente come offerta formativa universitaria in diversi Paesi, questa non trova una corrispondenza applicativa nel mercato del lavoro in cui si muove l'infermiere, generando dei corto circuiti che fanno spegnere i virtuosismi dati dalla formazione. Per questo motivo, la EONS sta portando avanti un progetto finalizzato ad impattare la policy europea su questa tematica (RECAN project), in quanto il basso riconoscimento delle aree specialistiche e dell'area oncologica nella formazione degli infer-

mieri e nella loro collocazione nei contesti lavorativi rappresenta un ostacolo concreto nel raggiungimento di standard di qualità e sicurezza adeguati.
La EONS ha recentemente pubblicato una guida sul curriculum formativo degli infermieri in oncologia (The EONS Cancer Nursing Education Framework) per orientare la matrice di competenze nell'abito oncologico nei diversi livelli della formazione: dalla formazione di base ai diversi tipi di formazione post-base.
È chiaro che il framework formativo proposto rientra nel progetto più ampio del riconoscimento del nursing oncologico, dove dalla formazione è poi necessario il passaggio alla strutturazione di ruoli adeguati alla formazione nel mondo del lavoro (progetto RECAN). Nel complesso la matrice di competenza prevista dal framework riguarda ogni infermiere, ma per ogni area di competenza vi sono livelli diversi di possibile approfondimento; il livello base dovrebbe essere già garantito dai corsi di Laurea in Europa, mentre i livelli avanzati sono peculiari di specifici corsi post-base con diversi livelli di approfondimento (corsi di perfezionamento, master, lauree magistrali, dottorati). Le aree di competenza individuate sono otto: tre aree trasversali e cinque aree specialistiche. Le competenze trasversali sono l'utilizzo della ricerca nella pratica, la capacità di leadership e management e la comunicazione in area oncologica. Le competenze specifiche riguardano la riduzione del rischio oncologico e la promozione della salute (cure primarie), il decision-making nei trattamenti erogati da personale infermieristico, la sicurezza delle cure, il supporto alle persone in tutte le fasi della malattia e le cure di fine vita. In occasione del VII congresso AIIAO, tenutosi il 6 e 7 novembre 2020 (webinar), il presidente EONS, Andreas Charalambous, ha fatto un focus specifico su queste tematiche.
In questo contesto, AIIAO contribuisce a sostenere l'aggiornamento e il consolidamento delle competenze nell'area del nursing oncologico proponendo momenti formativi. Nell'ultimo quadriennio le attività sono state prevalentemente in presenza, con giornate studio (ad esempio, sulle terapie di supporto in oncologia, la nutraceutica e le terapie integrate in radioterapia), seminari (gli infermieri di ricerca in oncologia) e congressi (i congressi nazionali a cadenza biennale). Nel 2021, invece, le proposte formative saranno prevalentemente tenuti in modalità formazione a distanza (sincrona e asincrona) a causa nella situazione pandemica legata al COVID-19.
La pandemia COVID-19 sta amplificando sia i virtuosismi sia le debolezze strutturali di tutti i sistemi sanitari. Purtroppo, il COVID-19 crea danni anche senza infettare e questo è quello che sta accadendo nel caso dei malati oncologici che devono destreggiarsi all'interno di un sistema affaticato dalle risposte e risorse rivolte all'avanzamento dei contagi e la pressione sugli erogatori di cure primarie, secondarie e terziarie, spesso a scapito di screening, follow-up, supporto emotivo, approfondimenti diagnostici. In questo scenario, diviene imperativo garantire livelli di cura adeguati alla popolazione affetta da patologie oncologiche, potenziare la resilienza delle organizzazioni (che sono fatte di persone), potenziare l'integrazione tra tutti i livelli di cura, dal territorio alle cure specialistiche. All'inizio della pandemia, AIIAO ha promosso una ricerca per esplorare come stessero vivendo le restrizioni i pazienti oncologici e per individuare possibili criticità.
È stata condotta una survey sul territorio nazionale includendo 195 pazienti con malattia oncologica, con età media di 50 anni e affetti da malattie emato-oncologiche (51% del campione), tumore al seno (26%) o altri tumori solidi (23%). Un intervistato su cinque temeva che a causa della pandemia non avrebbe ricevuto i trattamenti necessari ed il 30% aveva la sensazione che il suo stato di salute non era sotto controllo a causa di posticipi delle visite o esami clinici. Questi dati riflettono lo stress del nostro SSN e, considerando che il ruolo di advocacy è focale per la pratica infermieristica, AIIAO si è fatta promotrice della divulgazione di diversi commentari e articoli per enfatizzare problemi puntuali e possibili soluzioni.
Ad esempio, emerge che la necessità di un supporto psicologico ed emotivo dei pazienti a domicilio, dove l'infermiere potrebbe avere un ruolo chiave come care manager nell'attivare consulenze specialistiche o nel fornire una prima assistenza anche utilizzando le tecnologie disponibili per azioni

»

da remoto. Tuttavia, sebbene sul piano della validità, efficacia e sicurezza degli interventi a supporto delle fragilità emergenti nei pazienti oncologici vi siano un enorme consenso all'interno della comunità scientifica internazionale, questi interventi sono spesso resi non attuati o attuabili a causa dell'incapacità organizzativa di mettere a sistema i modelli che prevedano che l'infermiere adeguatamente formato possa fare il care manager di questi pazienti, interagendo con gli specialisti dei diversi livelli nell'ambito delle cure primarie (territorio), secondarie e terziarie (ospedali).

Per cui, le esperienze di gestione eccellente ad oggi, nel nostro Paese, restano peculiari di specifiche realtà che si sono re-organizzate per rispondere in maniera fattiva alle nuove fragilità emergenti dall'impatto pandemico sulla società.

AIIAO è iscritta nel registro delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie presso il Ministero della Salute, in attuazione dell'articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24. Nel 2018, AIIAO dichiara, in un articolo pubblicato su Journal of Cancer Policy (10), che tra l'impegno alla diffusione, adattamento e sviluppo di linee guida è una priorità per facilitare la diffusione di standard di assistenza qualitativamente alti e sicuri.

L'utilizzo della ricerca nella pratica e l'adozione conseguente di linee guida vanno comunque contestualizzate all'interno di uno scenario più ampio, dove la presenza di disuguaglianze nei livelli di cura va intesa in relazione a diverse dimensioni legate a livelli individuali o di sistema. Le dimensioni di livello individuale sono le caratteristiche dei cittadini stessi (per esempio, diversi livelli di health literacy o diverse capacità di self-care o diverse distribuzioni epidemiologiche di specifiche malattie), mentre le dimensioni relative al sistema sono da ricondursi a caratteristiche che definiscono l'operatività del sistema sanitario. In merito alle progettualità di miglioramento sui diversi livelli (individuale e di sistema), le società scientifiche (e AIIAO sente questa responsabilità) giocano un ruolo fondamentale di rappresentanza della comunità professionale, facendosi portavoce dei cambiamenti e contribuendo al processo di miglioramento e implementazione della qualità delle cure attraverso l'emanazione e l'implementazione di linee guida. Per identificare quale aspetto potesse essere oggetto di un investimento di termini di energie e risorse da parte di AIIAO per lo sviluppo di linee guida da intendersi ex legge 24/2018, l'Associazione ha condotto uno studio nel 2018 per la mappatura bottom-up (chiedendo ai professionisti sul campo) delle aree che maggiormente risultavano percepite come soggette a disuguaglianze e iniquità nell'ambito delle cure oncologiche erogate al paziente. Le aree indagate erano date dai principali aspetti sintomatologici (cluster di sintomi) che gli infermieri gestiscono nella loro erogazione assistenziale. Dallo studio è emersa una prima fotografia su quale vulnus è maggiormente presente nell'erogazione assistenziale. Tra le aree che necessiterebbero di maggiore attenzione troviamo: la gestione del dolore, gli aspetti psico-sociali nei pazienti oncologici e la gestione della fatigue-cancro correlata. Su quest'ultimo aspetto, AIIAO ha condotto un approfondimento (una review) ed è emerso che la gestione non farmacologica della fatigue-cancro correlata sia una delle aree maggiormente orfane di linee guida condivise.

"L'utilizzo della ricerca nella pratica e l'adozione conseguente di linee guida vanno comunque contestualizzate all'interno di uno scenario più ampio, dove la presenza di disuguaglianze nei livelli di cura va intesa in relazione a diverse dimensioni legate a livelli individuali o di sistema"

Per tale motivo all'inizio del 2020, AIIAO in partnership con AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), SIPO (Società Italiana di Psico-Oncologia) e SIMG (Società

Italiana di Medicina Generale) ha fatto richiesta all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) di valutare una proposta di linea guida sulla gestione non farmacologica della fatigue-cancro correlata.
La linea guida proposta è stata recentemente valutata come eleggibile. Il cronogramma dei lavori prevede la finalizzazione della linea guida entro il prossimo anno. Come sottolineato di recente dal neo-presidente AIIAO, Rosario Caruso, e dal past-president, Alessio Piredda, il libero associazionismo italiano è un pilastro essenziale della vita professionale di molti professionisti della salute, in quanto fucina di idee, progetti, iniziative, in una parola: Cultura.
Oggi più che mai questo è importante, in quanto la cultura dell'assistenza infermieristica con particolare interesse all'ambito oncologico nelle sue diverse declinazioni cliniche ed organizzative necessita di un "raccoglitore" associativo che incarni l'idea del libero associazionismo: una realtà associativa unitaria, che si propone ai suoi iscritti come centro permanente di vita professionale, luogo di riflessione, studio e approfondimento su tematiche di interesse per il nursing oncologico, aperta alle collaborazioni con le altre associazioni professionali, società scientifiche e associazioni dei pazienti, nonché alla collaborazione con tutti coloro che, a diverso titolo, concorrono al miglioramento della qualità di vita della persona con problemi di natura oncologica.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. https://www.who.int/publications/i/ item/9789240003279;
2. Challinor at al. (2020) Oncology nursing workforce: challenges, solutions, and future strategies. Lancet Oncology, https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30605-7;
3. WHO. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Feb 3, 2020. https://www.who.int/ publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-prioritiesinvesting-wisely-and-providing-care-for-all;
4. Kelly, D., & Charalambous, A. (2017). Recognising the impact and future potential of cancer nursing: The RECaN project and beyond. European Journal of Oncology Nursing, 29, A1-A2;
5. EONS. The EONS Cancer Nursing Education Framework. https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework/;
6. Biagioli, V., Belloni, S., Albanesi, B., Piredda, A., & Caruso, R. (2020). Comment on "The experience on coronavirus disease 2019 and cancer from an oncology hub institution in Milan, Lombardy Region" and reflections from the Italian Association of Oncology Nurses. European Journal of Cancer;
7. Biagioli, V., Albanesi, B., Belloni, S., Piredda, A., & Caruso, R. (2020). Living with cancer in the COVID-19 pandemic: An Italian survey on self-isolation at home. Preprint: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-42885/v1;
8. Caruso, R., Belloni, S., Albanesi, B., Piredda, A., & Biagioli, V. (2020). Comment on "pathways to psychological wellbeing for patients with bladder cancer and their partners-in-care" and contextualization in the COVID-19 pandemic. European Journal of Oncology Nursing, 48;
9. Heyes, S. M., & Bond, M. J. (2020). Pathways to psychological wellbeing for patients with bladder cancer and their partners-in-care. European Journal of Oncology Nursing, 101757;
10. Caruso R, Micallo G, Cessa M, et al. Italian Association of Cancer Nurses (AIIAO) is moving forward within complex and fast-changing scenario: our current agenda takes shape. J Cancer Policy 2018; 15: 15-7;
11. Caruso, R; Piredda, A (2020) Infermieri in oncologia. Continuità, consapevolezza, armonia e concretezza le parole chiave del nuovo Direttivo AIIAO; Quotidiano Sanità; disponibile in: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=89847.

a cura di
Loredana
CAPPELLI

CORSI E CONVEGNI

AGORA' 4.0 CONGRESSO DI PEDIATRIA, ALLERGOLOGIA E PNEUMOLOGIA-CONGRESSO REGIONALE SIPO
Bari dal 04/06/2021 al 05/06/2021
Palace hotel
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it

CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: LO SGUARDO SULLA MALATTIA INGUARIBILE DEL BAMBINO"
Dal 07/06/2021 al 30/09/2021
INFO: Tel. 0994509594
E-mail segreteria@satacard.it

CORSO DIALISI PERITONEALE PER HCP LE LINEE GUIDA IN DIALISI PERITONEALE
Bari Dal 09/06/2021 al 10/06/2021
webinar su piattaforma cic
INFO: Telefono 0805043737
E-mail info@cicsud.it

SMART DIABETES: DALLE NUOVE TECNOLOGIE AI FARMACI INNOVATIVI E ALLE ALTERNATIVE NUTRIZIONALI
Bari dal 12/06/2021 al 12/06/2021
https://www.tecnocomitalia.webex.com
INFO: Tel. 066861458
E-mail b.value@businessvalue.it

FIL ROUGE: FILO DIRETTO NELLA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO
Dal 14/06/2021 al 13/12/2021
Azienda Ospedaliero Universitaria - Ospedali Riuniti
INFO: Tel. 0267972215
E-mail francesca.zenesini@gmail.com

RECENTI PROGRESSI IN ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA - STATI GENERALI
Bari dal 14/06/2021 al 02/07/2021
Hotel Mercure Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it

CENNI INTRODUTTIVI ALLA TRACHEOTOMIA: CORSO PROPEDEUTICO
Bari dal 17/06/2021 al 17/06/2021
Hotel Parco dei Principi
INFO: Tel. 0805061506
E-mail segreteriaecm@accademiamedici.it

MANTENERE A DOMICILIO LE PERSONE CON DEMENZA:VERSO L'INCLUSIONE DELLA FRAGILITÀ COGNITIVA
Alberobello dal 19/06/2021 al 19/06/2021
Centro Polivalente per Anziani
INFO: Tel. 0808961758
E-mail info@ecmed.it

PROTESI FONATORIE E TRACHEOTOMIE: SIMPOSIO SATELLITE
Bari dal 19/06/2021 al 19/06/2021
Luogo ospedale san paolo
INFO: Tel. 0805061506
E-mail segreteriaecm@accademiamedici.it

ACCESSI VENOSI, PRELIEVI ARTERIOSI
Bari dal 19/06/2021 al 19/06/2021
meetingroombari
INFO: Tel. 0621117264
E-mail info@ngformazione.com

GIORNATA NAZIONALE DI MEDICINA RIABILITATIVA INTERVENTISTICA E RIGENERATIVA
Lecce dal 19/06/2021 al 19/06/2021
Hotel Leone di Messapia
INFO: Tel. 08323091706
E-mail marinitaelia@tiscali.it

"A NEW STORY" RACCONTIAMO LA STORIA DEL DMT1
Dal 22/06/2021 al 22/09/2021
Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedale Policlinico Consorziale
INFO: Tel. 0267972215
E-mail francesca.zenesini@prex.it

23° CONGRESSO NAZIONALE GOIM: L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE NEL PERCORSO DI CURA E L'IMPATTO SULLA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO
Bari dal 24/06/2021 al 26/06/2021
agora' (sede regia)
INFO: Tel. 0805093954
E-mail info@organizzazioneagora.it

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA. GIORNATE FORMATIVE INTERATTIVE 2021
Bari dal 01/07/2021 al 09/07/2021
Centro PMA - Ospedale Santa Maria
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it