Filodiretto

NUMERO 3/4/5

Anno XXXIX / numero 3/4/5 maggio/ottobre 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

L'INFERMIERISTICA NELL'AREA SALUTE DEL PNRR

EDITORIALE
Il PNRR e la "questione infermieristica"

PRIMO PIANO
Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

PROFESSIONE IN AZIONE
Scudo penale per tutti gli operatori sanitari

SICUREZZA & BENESSERE
L'ergonomia organizzativa

OPI

Filodiretto

PERIODICO DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DI BARI

OPI

Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari - Anno XXXIX
N° 3/4/5 maggio/ottobre 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

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 3 novembre 2021

Direttore Responsabile
Saverio Andreula

Vicedirettore
Pasquale Nicola Bianco

Direttore Scientifico
Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione
Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri, Elena Guglielmi, Vanessa Manghisi, Angela Sardella

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

Coordinamento di Redazione
Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione
Vanessa Manghisi

Hanno collaborato
Domenico Cimarusti, Cosimo Della Pietà, Liana Libera Diana, Domenico Dentico, Michele Fighera, Ciro Genchi, Francesco Germini, Vincenzo Inglese, Michela Lacasella, Raffaele Manzari, Maria Romanazzi.

SOMMARIO

NUMERO 3/4/5

EDITORIALE

3 **IL PNRR E LA "QUESTIONE INFERMIERISTICA"**
Saverio **ANDREULA**

PRIMO PIANO

5 **CASE DI COMUNITA', FUTURO DA COSTRUIRE**
Salvatore **PETRAROLO**

7 **ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**
Giuseppe **MARANGELLI,** Elena **GUGLIELMI**

PROFESSIONE IN AZIONE

11 **L'IPOTERMIA TERAPEUTICA INDOTTA NEL NEONATO**
Raffaele **MANZARI,** Domenico **DENTICO**

15 **SCUDO PENALE PER TUTTI GLI OPERATORI SANITARI**
Pasquale Nicola **BIANCO,** Francesco **GERMINI**

17 **L'INFERMIERE DEL SET 118 PUGLIESE TRA OSCURANTISMO E CHIUSURE ANACRONISTICHE**
Ciro **GENCHI**

19 **LE CONTROMISURE PER LIMITARE LA DIFFUSIONE DEL VIRUS**
Michele **FIGHERA,** Immacolata **CAPURSO**

PROMOZIONE SALUTE

22 **PROMUOVERE L'ACTIVE AGEING**
Liana Libera **DIANA,** Carla **BURDI**

25 **LA COMUNICAZIONE AI TEMPI DELLA COVID-19**
Maria **ROMANAZZI,** Michela **LACASELLA**

IN FORMAZIONE

28 **NURSING MANAGEMENT OF PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER (PICC)**
Claudia **CARELLA**

32 **ASSISTENZA AL BAMBINO CON FEBBRE DA NEUTROPENIA CHEMIO-INDOTTA**
Arianna **CASOTTA**

SICUREZZA E BENESSERE

34 **RISCHIO DI ESPOSIZIONE A LEGIONELLA IN AMBIENTI DI LAVORO**
Domenico **CIMARUSTI,** Vincenzo **INGLESE**

37 **L'ERGONOMIA ORGANIZZATIVA**
Angela **SARDELLA,** Cosimo **DELLA PIETÀ**

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.

IL PNRR E LA "QUESTIONE INFERMIERISTICA"

Saverio
ANDREULA

La proposta italiana del PNRR, meglio noto come (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) del Recovery Plan post-pandemico europeo, è stata approvata dal Consiglio Ecofin dell'Unione Europea e si appresta ad essere declinata nel concreto dei suoi elementi identificativi. *Lo scopo del piano è quello di attuare il programma "Next Generation EU" implementato dall'Unione Europea per contrastare le conseguenze economiche e sociali indotte dalla pandemia in atto da Covid-19. I punti chiave che il PNRR pone in linea applicativa teorica possono cosi riassumersi: Digitalizzazione; innovazione e transizione ecologica.*

Il Piano di sviluppo del progetto PNRR si articola in sei specifiche aree di intervento:

1. *Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura.*
2. *Rivoluzione verde e transizione ecologica.*
3. *Infrastrutture per una mobilità sostenibile.*
4. *Istruzione e ricerca.*
5. *Inclusione e coesione.*
6. *Salute.*

Evidentemente tutte le aree di sviluppo su indicate, coinvolgono direttamente e indirettamente la professione infermieristica che, attraverso i propri organismi di rappresentanza professionale, e non solo, deve ritenere il PNRR un'opportunità per affermare concretamente il proprio ruolo e valore professionale. Bisogna, pertanto implementare un piano di attività coerente con gli obiettivi e le aree di intervento del PNRR. La missione salute del PNRR, evidentemente è la più rilevante e consona per gli interessi di sviluppo del Piano per tutti i stakeholder, (Infermieri in primis) del sistema sanitario e porta con sé una dotazione economica pari a 15,63 miliardi di euro ed è focalizzata principalmente su due obiettivi:

- *Il rafforzamento della prevenzione e il potenziamento dell'assistenza sul territorio con l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali oggi nettamente separati tra di loro.*
- *L'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche in dotazione al Sistema Sanitario Nazionale.*

Oltremodo interessante è l'ultimo punto nodale della missione 6 che riguarda lo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale impegnato nel Sistema Sanitario declinato nella promozione della ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario. La Missione 6 (salute) sviluppa anche aspetti di definizione programmatica per l'utilizzo delle risorse disponibili, impegnate nella misura di 7,00 miliardi di euro per "le Reti di prossimità strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"; Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario Nazionale. In verità, gli argomenti cui alla "missione 6" del PNRR, in buona parte, potrebbero agilmente correre e raggiungere gli obiettivi previsti con il motivato e incentivante coinvolgimento diretto e indiretto degli Infermieri, attori di prima linea del contesto strutturale e funzionale in cui si articola lo stesso. Altresì va constatato che i temi oggetto della missione hanno già tenuto battesimo in numerosi precedenti tavoli istituzionali prima di essere declinati nell'ambito del PNRR. Insomma, un "déjà-vu" oggi arricchito, è il caso di dire, »

dalle risorse economiche in disponibilità della missione su vecchi progetti e vecchi programmi privi di copertura economica. Ciò che bisogna evitare è l'affermazione egoistica (legata a interessi e ragioni meramente economici) dei progetti corporativi che certamente alcune classi sanitarie presenteranno all'incasso, soprattutto legati alla medicina del territorio che è argomento chiave nel PNRR. A riguardo sono iniziate le prime avvisaglie, a mio avviso, minimizzate dalla "casa madre". Infatti è già percettibile, la capacita della classe medica, ad esempio, di influenzare e indurre la classe politica (con cui ha sempre trovato sinergie) a riformare precedenti normative che consentivano agli Infermieri, così come alle professioni sanitarie della dirigenza, la possibilità di direzione, con assunzione di responsabilità gestionale/organizzativa complessiva degli Ospedali di comunità o comunque di strutture sanitarie che erogano prestazioni sanitarie domiciliari. Infatti, con l'intesa Stato-Regione del 4 agosto 2021, di fatto, la professione infermieristica viene "espulsa" dalla classe delle professioni sanitarie che, per effetto dell'intesa e per le finalità della stessa resta di esclusivo appannaggio della figura del Medico cui viene data la responsabilità di direzione delle strutture o organizzazioni dedicate alla "domiciliarità" delle cure sanitarie. Una decisione dunque che "umilia" la classe infermieristica non efficacemente contrastata dalla "casa madre" della rappresentanza professionale. Accade che il potenziamento della così detta "medicina del territorio" intesa come la capacità dell'ospedale ed in particolare nell'ambito dell'immensa sfera d'azione dell'infermiere, di recarsi al domicilio del cittadino per rispondere ai suoi bisogni di salute, rischia di determinare un'ulteriore perdita di fiducia nella professione infermieristica i cui ambiti prestazionali saranno sempre incatenati al volere/potere della classe medica, pur negli atti più profondi che declina il proprio ordinamento professionale. Ecco dunque il punto di partenza della "questione infermieristica" oggi più che mai non più eludibile né rinviabile all'infinito. Non potrà mai esserci una reale svolta nei legittimi desiderata della professione infermieristica se non prende coscienza la stessa delle proprie sconfitte che l'arretrano sempre più in ogni sua dimensione sociale, politica, professionale e contrattuale. La dimensione identitaria di professionisti in prima linea (eroi) durante il periodo pandemico, oggi è fortemente in discussione e rischia di essere ulteriormente depauperata dalle "elemosine" che il rinnovo del CCNL prevede in termini economici senza sottovalutare l'arroganza della classe Politica che nega agli Infermieri la possibilità di avere le stesse prebende della "nobile" professione medica cui viene riconosciuto il diritto, anche nel CCNL di pubblico impiego, all'esercizio di attività libero professionali nelle forme che più gli aggradano. Il superamento del vincolo di esclusività, quindi, resta fortemente condizionato dalla volontà politica di frenare la professione infermieristica, oggi con un profilo identitario ricco di un sapere accademico che declina competenze professionali in grado di soddisfare i bisogni sanitari che i cittadini esprimono. Insomma parole di elogio (eroi) ma tanti schiaffoni e tanti placcaggi con "camice di forza" ad impedire la loro crescita professionale. Insomma, nel "giro di valzer" del PNRR, al momento abbiamo posti solo nell'ultima fila.

Mi chiedo: Dov'è la forza e l'orgoglio dei 50.000 Infermieri scesi in piazza a Roma nell'anno 94?

CASE DI COMUNITA', FUTURO DA COSTRUIRE

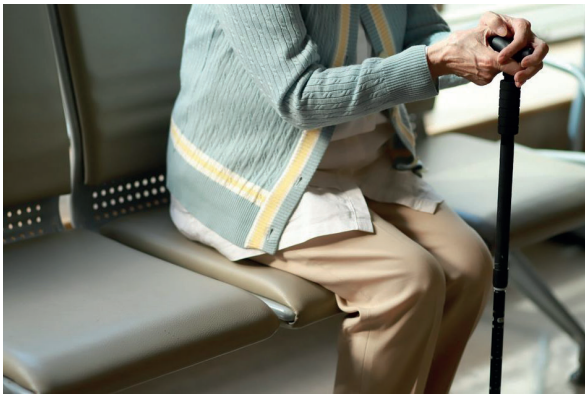
Il presente è pieno di criticità

Salvatore
PETRAROLO

Il futuro è ancora su carta, il presente è una fotografia confusa: l'assistenza territoriale è uno dei punti forti per la sanità che verrà anche grazie ai fondi (tanti o pochi sarà altro motivo di dibattito) derivanti dal Pnrr (il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza).
Uno degli interventi previsti fissa una scadenza precisa il 2026, per la realizzazione su tutto il territorio nazionale di 1288 Case della Comunità e di queste, 86 dovranno essere in Puglia.
Ma cosa cono le Case di Comunità? Riprendiamo la definizione delle stesse riportata dal sito www.welforum.it: "Le Case della Comunità sono strutture sanitarie, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria.
La sede della Casa della Comunità deve essere visibile e facilmente accessibile per la comunità di riferimento perché è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie.
In queste strutture, al fine di poter fornire tutti i servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale e il Pediatri di Libera Scelta lavorano in équipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari quali logopedisti, fisioterapisti, dietologi, tecnici della riabilitazione e altri.
La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. La figura chiave nella Casa della Comunità sarà l'infermiere di famiglia, figura già introdotta dal Decreto Legge n. 34/2020 che, grazie alle sue conoscenze e competenze specialistiche nel settore delle cure primarie e della sanità pubblica, diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e Comunità.
Il passaggio rilevante, nella descrizione delle future Case di Comunità è quello nel quale si richiama la figura dell'infermiere di famiglia.
Ed è su questo punto che, in attesa dei progetti futuri, bisogna cominciare a scattare la fotografia, piuttosto confusa, del presente.
A Bari, all'inizio del mese di ottobre, in occasione del 5° Forum del Mediterraneo, dedicato ai temi della sanità, si è parlato anche delle Case di Comunità in una delle tavole rotonde in programma, alla presenza tra gli altri del presidente dell'Opi Bari, Saverio Andreula. L'occasione è stata utile per fotografare lo stato dell'arte dell'assistenza territoriale, perché di quello si parla quando si fa riferimento alle future Case di Comunità.
Le principali criticità che ad oggi accompagnano l'assistenza territoriale in Puglia sono due: inadeguata presa in carico dei cittadini che ne hanno bisogno; disparità dell'offerta assistenziale tra le diverse Asl e, in alcuni casi, anche all'interno delle stesse Aziende sanitarie locali.
Per dirla in maniera ancora più netta, in Puglia manca un modello regionale di riferimento dell'assistenza territoriale e se ciò dovesse persistere anche negli anni a venire, allora si rischierebbe di creare confusione anche nella gestione delle Case di Comunità.
La realtà attuale è frammentata anche nell'erogazione delle prestazioni infermieristiche a domicilio. Il caso di specie, portato all'attenzione della platea in occasione del Forum del Mediterraneo, è stato quello della Asl di Bari: le prestazioni infermieristiche erogate a domicilio avvengono con professionisti sanitari dipendenti della Asl, ma anche con in-

»

fermieri che lavorano negli studi di medici di medicina generale e, in ultimo, da infermieri dipendenti di cooperative.
Che si imponga un netto cambio di passo nella gestione della medicina territoriale è nei fatti anche per non farsi trovare impreparati con le Case di Comunità. Secondo il Pnrr la Casa di Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici.
All'interno della Casa della Comunità vi saranno 5 unità di personale amministrativo, 10 medici di medicina generale e 8 infermieri.
Nel complesso serviranno 6.440 amministrativi e 10.091 infermieri in più.
Queste figure professionali saranno implementate quando le Case della Comunità saranno diventate operative a pieno titolo, e quindi nel 2027 per cui il PNRR non prevede risorse per il loro finanziamento dato che il suo effetto si esaurisce nel 2026.
Anche in questo caso il futuro è roseo, almeno sulla carta, il presente dovrà confrontarsi con una carenza di personale, anche infermieristico, sul quale da anni ci si batte a tutti i livelli.
L'emergenza covid ha messo ancor più a nudo la criticità del sistema sanitario e le carenze di organico: nella sola Puglia sarebbero serviti almeno quattromila infermieri in più di quelli in servizio, costretti spesso a turni massacranti o, come nel caso del covid hospital in Fiera del Levante a Bari, dirottati nella struttura delle maxi emergenze a discapito di altre unità operative del Policlinico. In Puglia, secondo alcuni studi di settore, serviranno 628 infermieri di famiglia e di comunità, tenendo conto di quel rapporto di otto infermieri ogni 50mila abitanti.



Ma, come detto, le risorse saranno disponibili sino al 2026 e l'implementazione del personale avverrà solo quando le Case di Comunità diventeranno operative sui territori.
In questo tempo medio di progettazione, c'è da intervenire in maniera più rapida per mettere ordine all'assistenza territoriale, passaggio necessario per evitare che il sistema ospedaliero (a sua volta ridimensionato con il DM 70) vada sotto stress, come accaduto durante la pandemia da covid 19.

CONCORSO REGIONALE, TERMINATE LE PROVE ORALI. 4.282 GLI INFERMIERI PRONTI PER LA SANITA' PUGLIESE

4.282 infermieri sono pronti per lavorare per la sanità pubblica della Puglia. Si è concluso, con l'espletamento delle ultime prove orali, il Concorso unico regionale per 566 posti a tempo indeterminato da destinare alle esigenze della Asl Bari, di tutte le aziende sanitarie e aziende ospedaliero-universitarie e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico della Regione Puglia. Alta è la percentuale dei candidati che sono risultati idonei dopo la prova orale: 4.641 pari al 92 per cento di chi aveva superato lo scritto. Gli idonei, terminate le procedure formali, saranno inseriti nella graduatoria finale.

Il concorso unico regionale giunge al termine di un iter complesso partito a febbraio scorso con eccezionali misure di sicurezza, essendo tra i primi concorsi pubblici in Italia svolti in tempo di Covid e con un gran numero di candidati, quasi 17mila, e concluso con un vero "tour de force" costituito da tre sessioni di colloqui settimanali con circa 250 candidati per volta, tra il primo settembre e metà ottobre. Anche qui con una novità assoluta, tra le prime in Italia: l'accesso esclusivamente consentito ai candidati provvisti di Green pass. Sempre in un contesto, la Fiera del Levante, ben organizzato, con spazi ampissimi e sottoposto a rigide misure anti-contagio, tali da consentire ai candidati di svolgere le prove in totale serenità e alla commissione di concorso di valutare la professionalità e le competenze di candidati e, soprattutto, delle candidate. Oltre il 68% degli ammessi alla prova orale, 3.184, era infatti costituito da donne.
Molto varia anche la provenienza dei partecipanti. Oltre alla Puglia, rappresentata da 3.275 candidati, il 70,6% del totale, di cui quasi mille baresi (30,5%), altre 18 regioni italiane - assente solo la Valle d'Aosta – hanno fatto registrare la partecipazione di infermieri e infermiere. Nutrita la rappresentanza proveniente da Campania (458), Basilicata (160), Lombardia (111) ed Emilia Romagna (134), oltre a 22 candidati dall'estero. Gli oltre 4.200 tra vincitori e idonei nei prossimi mesi costituiranno le nuove leve della Sanità pubblica, anche per via della giovane età: circa l'83% dei partecipanti ha tra 18 e 35 anni, con una prevalenza (42,8%) della fascia d'età 26-30, mentre solo poco più dell'1% ha più di 50 anni.

ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Come cambia il ruolo dell'infermiere in base a quanto previsto dal PNRR. Una opportunità anche per gli infermieri per ripartire dopo l'emergenza Covid-19

Giuseppe
MARANGELLI

Elena
GUGLIELMI

L'Infermiere di Famiglia e Comunità, in base a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha maggiore riconoscimento nell'Assistenza Territoriale e Domiciliare, nelle Case e Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, negli hospice, nelle cure palliative, nelle cure domiciliari di II e III livello. Tutte attività della professione infermieristica che con l'emergenza sanitaria da pandemia da SARS-CoV-2 sono diventate più evidenti e necessarie. Le Case di Comunità oggi sono poche, ma la previsione è che ce ne sia una ogni ventimila abitanti e grazie ai fondi del Recovery Plan per il 2026 si arriverà a 1.777. Avranno un gruppo multidisciplinare composto da medici di medicina generale, specialisti, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali.
Gli Ospedali di comunità sono e saranno a gestione infermieristica. Ci sarà uno ogni 50 mila abitanti.
Gli infermieri di famiglia e comunità saranno anche nelle Centrali operative territoriali destinate a coordinare la presa in carico del cittadino/paziente e a raccordare i servizi e i soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie e ospedaliere). Il PNRR si inserisce all'interno del programma Next Generation EU (NGEU) uno strumento per il rilancio dell'economia Ue dal problema della Covid-19. Il nome del PNRR richiama un piano proiettato proprio sulle nuove generazioni della Ue, però si è creata una certa confusione terminologica fra espressioni simili fra loro come Next Generation Eu, Recovery fund, Recovery plan, Piano nazionale di ripresa e resilienza. Next Generation Eu è il piano per il rilancio Ue da 750 miliardi. Viene definito a volte con Recovery fund, nome ereditato dal progetto embrionale di "fondo per la ripresa" e ora, esito della sovrapposizione che si crea con il Recovery and resiliency facility cioè il Dispositivo europeo per la ripresa e la resilienza, programma principale di Next Generation Eu. Si chiama così perché l'obiettivo è proprio quello di stimolare investimenti che devono spingere alla ripresa (recovery) e riforme che devono aumentare la sostenibilità delle singole economie europee, rendendole più «resilienti» ai cambiamenti che ci sono negli anni di ripresa dalla crisi della Covid (resiliency). Infine, un capitolo a parte è rappresentato dai Recovery and resiliency plans (Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza - PNRR) cioè i piani che i vari Paesi devono sottoporre a Bruxelles per spiegare come e dove spenderanno i soldi in arrivo dalla Ue. Il Piano si articola in 6 Missioni, cioè aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next Generation EU (transizione verde; trasformazione digitale; crescita intelligente, sostenibile e inclusiva - creazione di posti di lavoro, competitività, ricerca, sviluppo e innovazione, rafforzamento delle piccole e medie imprese; coesione sociale e territoriale - rispetto dei diritti sociali, parità di genere; salute e resilienza economica sociale ed istituzionale; politiche per le generazioni future - giovani e infanzia). Le Missioni (Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura; Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica; Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile; Istruzione e Ricerca; Inclusione e Coesione; Salute) si articolano in Componenti cioè aree di intervento, che affrontano sfide specifiche, che sono composte da Investimenti e Riforme. Il PNRR, sicuramente, lascerà una eredità alle generazioni future, nella speranza di dare vita ad una crescita economica più energica, sostenibile e inclusiva. Il Paese avrà una pubblica amministrazione più efficiente e digitalizzata. »

I cittadini italiani beneficeranno di trasporti più moderni, sostenibili e diffusi. Gli investimenti e le riforme dovranno rendere il Paese più coeso territorialmente, con un mercato del lavoro più dinamico e senza discriminazioni di genere e generazionali. La sanità pubblica dovrà essere più moderna e vicina alle persone. Le Priorità Trasversali del Piano sono i principi che guidano gli investimenti, le riforme e i progetti del Piano e hanno l'obiettivo di ridurre i divari territoriali, generazionali e di genere presenti nel Paese. L'obiettivo complessivo della Missione 6-Salute è quello di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure. I principali interventi sono:

- Assistenza di prossimità diffusa sul territorio e cure primarie e intermedie (attivazione di 1.288 Case di Comunità e 381 Ospedali di Comunità);
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare;
- Telemedicina e assistenza remota (attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali);
- Aggiornamento del parco tecnologico, delle attrezzature per diagnosi e cura;
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati (inclusa la diffusione ed effettivo utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico);
- Programmi di formazione per il personale medico e amministrativo;
- Ricerca Biomedica.

Tabella degli investimenti

AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DEGLI OSPEDALI

L'ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero, il potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione di I e II livello, il rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN attraverso l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta. L'investimento opera contemporaneamente su tre fronti per implementare le dotazioni tecnologiche del SSN e, quindi, la qualità dei servizi erogati. Ogni ospedale digitalizzato dovrà disporre di un Centro Elaborazione Dati necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e di sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, nonché tecnologie aggiuntive necessarie per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.

CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA, ASSISTENZA DOMICILIARE E TELEMEDICINA

La misura mira a migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione verso gli over 65. Questo obiettivo primario si collega ad altri tre obiettivi complementari: aumentare il numero dei pazienti assistiti nelle proprie abitazioni incrementandolo a oltre un milione e mezzo entro il 2026; realizzare un nuovo modello organizzativo, con la creazione delle Centrali operative territoriali, al fine di assicurare la continuità, l'accessibilità e l'integrazione della cura sanitaria; promuovere e finanziare lo sviluppo di nuovi progetti di telemedicina per l'assistenza a distanza da parte dei sistemi sanitari regionali. L'investimento consiste nell'adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina e nel sostegno all'innovazione sanitaria, attraverso le seguenti misure:

- L'assistenza domiciliare come primo punto di assistenza: aumentare il numero di persone trattate nell'assistenza domiciliare al 10% della popolazione over 65 grazie a investimenti in hardware e maggiore erogazione di servizi.
- Centri Territoriali di Coordinamento: costituire 602 Centri Territoriali di Coordinamento con lo scopo di collegare e coordinare i diversi servizi territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché la rete emergenza-urgenza. I Centri Territoriali di Coordinamento sono tenuti a garantire il controllo remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, supportare lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari e costituire un punto di riferimento per i caregiver e le esigenze dei pazienti.
- Telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche: finanziare progetti che consentano interazioni a distanza medico-paziente, in particolare diagnostica e monitoraggio; creare una piattaforma nazionale per lo screening della telemedicina; finanziare iniziative di ricerca ad hoc sulle tecnologie digitali per la salute e l'assistenza.

Ulteriori interventi legati all'assistenza domiciliare sono elencati nella Componente 2 della Missione 5, in particolare le Riforme 1 e 2 e i relativi investimenti.

CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA

Assistenza sanitaria di prossimità per ridurre il numero delle ospedalizzazioni non urgenti.

L'investimento ha l'obiettivo di offrire assistenza sanitaria di prossimità ai residenti, assicurando il servizio principalmente alla popolazione più anziana, riducendo così il numero delle ospedalizzazioni anche non urgenti. In questo modo le cure sanitarie sul territorio saranno coordinate in modo efficiente e rapido per rispondere ai bisogni dei cittadini.

Verrà creato un "unico punto di accesso" ai servizi sanitari che gestisca un database medico per ciascun paziente e un registro elettronico sanitario per garantire e facilitare l'equo accesso alle cure.

Il progetto consiste nella costituzione e operatività di 1.350 Community Health Houses, attraverso l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di cure primarie e la realizzazione di centri di assistenza, energicamente efficienti, per una risposta integrata ai bisogni di cura. Saranno erogati Contrat-

ti Istituzionali di Sviluppo tra il ministero della Salute, le Aziende Sanitarie Territoriali (Asl) e le autorità regionali competenti per ridurre i tempi delle normali procedure di negoziazione, come le Conferenze dei Servizi.

ECOSISTEMA INNOVATIVO DELLA SALUTE

Hub di eccellenza al servizio della Salute tra ricerca, sviluppo e gestione delle pandemie future.

L'investimento intende creare quattro reti clinico-transnazionali di eccellenza (Life Science Hub "LSH", centri di ricerca e sviluppo nell'area Salute) e una struttura, denominata Anti-Pandemic Hub "APH", per rispondere in modo univoco alle future pandemie, come previsto dal Piano Nazionale della Ricerca (PNR) e dalla Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente (SNSI).

Sono previste due macro-azioni, una relativa alla creazione di una rete di centri di trasferimento tecnologico e l'altra relativa al rafforzamento e allo sviluppo qualitativo e quantitativo degli Hub Life Science per area geografica. Inoltre, questo intervento prevede la creazione di un Hub anti-pandemia, inteso come infrastruttura strategica per affrontare le future pandemie attraverso tre macro-aree di intervento:

1. ricerca, sviluppo e produzione pilota di vaccini;
2. sviluppo della ricerca e produzione pilota di anticorpi monoclonali;
3. progetti di ricerca sulla vaccinologia inversa e sulla lotta contro la AMR.

L'elemento innovativo dell'approccio adottato risiede nella funzione "di guida" strutturata del Ministero della Salute nella definizione delle priorità di intervento su cui concentrare l'azione. Il progetto si svilupperà in coerenza e collaborazione con i programmi di ecosistema di ricerca proposti dal Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) e i programmi di trasferimento tecnologico proposti dal Ministero dello Sviluppo Economico (MISE), anche attraverso iniziative congiunte.

Il Ministero della Salute sarà responsabile della pianificazione, esecuzione, gestione e monitoraggio dell'intervento nel suo complesso. Per azioni e interventi che richiedono il coinvolgimento di singoli enti regionali, saranno applicati strumenti di governance coordinati e negoziati con il Ministero della Salute, le Amministrazioni regionali e altri enti interessati come attori partecipanti.

INIZIATIVE DI RICERCA PER TECNOLOGIE E PERCORSI INNOVATIVI IN AMBITO SANITARIO E ASSISTENZIALE

La misura ha lo scopo di sostenere 4 iniziative di ricerca per lo sviluppo di soluzioni tecnologiche innovative in medicina, grazie all'aiuto di università, centri di ricerca e aziende partner. Centri di cura e professionisti della salute aiuteranno a sviluppare e valutare l'efficacia delle soluzioni ideate.

L'iniziativa prevede il finanziamento di progetti di ricerca con l'obiettivo di mettere a sistema, in chiave innovativa, il potenziamento della ricerca nell'ambito delle tecnologie abilitanti in ambito sanitario al fine di migliorare la diagnosi, il monitoraggio, le cure assistenziali e riabilitative. Il piano si attuerà tramite la presenza di quattro grandi iniziative basate su robotica e strumenti digitali, monitoraggio a distanza, reingegnerizzazione dei processi, data mining.

RAFFORZAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTERMEDIA E DELLE SUE STRUTTURE (OSPEDALI DI COMUNITÀ)

Rendere l'assistenza sanitaria il più possibile personalizzata sulla base delle esigenze del paziente e delle loro famiglie, grazie alla creazione degli Ospedali di Comunità dedicati ai pazienti con patologie lievi o recidive croniche situati uniformemente su tutto il territorio nazionale. L'investimento prevede la realizzazione di almeno 380 ospedali di comunità, ovvero strutture sanitarie per i pazienti che necessitano di interventi clinici a bassa intensità e di breve durata, sia a causa della lieve acuità degli episodi che della recidività delle patologie più croniche.

RAFFORZAMENTO DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E DEGLI STRUMENTI PER LA RACCOLTA, L'ELABORAZIONE, L'ANALISI DEI DATI E LA SIMULAZIONE

Potenziare il fascicolo sanitario elettronico (FSE) per garantirne la diffusione su tutto il territorio nazionale e rafforzare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), l'infrastruttura e gli strumenti con cui il Ministero monitora i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e programma i servizi sanitari. Attraverso il lavoro dei medici generici verrà uniformata la raccolta dei dati e le cartelle cliniche verranno aggiornate continuamente. Inoltre, verrà creato un archivio centrale e si provvederà al supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE. Il Fascicolo sanitario elettronico conterrà tutta la storia clinica del paziente e aiuterà le ASL ad effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari. Il progetto include iniziative già avviate per la realizzazione del Sistema di Tessera sanitaria elettronica, la progettazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità e la gestione del FSE. Inoltre, verrà implementata una infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute per l'analisi dei dati per garantire i LEA, rafforzando il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria in linea con i bisogni della popolazione. Verrà migliorata la raccolta e la produzione di dati NSIS a livello locale, lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni per migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti. Infine, verrà creata una piatta-

forma nazionale per i servizi di telemedicina.

SALUTE, AMBIENTE E CLIMA

L'obiettivo della misura è creare dei poli di eccellenza al livello nazionale e regionale per condurre analisi ambientali e alimentari, a supporto di ospedali e Asl (con almeno 190 strutture sul territorio), offrire formazione continua al personale sanitario, creare una rete nazionale che racchiuda almeno il 50% dei network di dati e di informazioni su salute, ambiente e clima e potenziare almeno il 75% delle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere. Per rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese nell'affrontare gli impatti sanitari presenti e futuri, associati sia ai rischi ambientali che a quelli climatici sono definiti una serie di investimenti sinergici.

SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO

La misura mira a rafforzare la formazione universitaria in medicina di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere e garantire un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario.

Per sopperire ad alcune mancanze del sistema sanitario italiano, emerse anche in tempo di pandemia, l'investimento intende: incrementare la possibilità di borse di studio per il corso specifico di medicina generale; avviare un piano di formazione sulla sicurezza in tema di infezioni ospedaliere per tutto il personale del SSN; l'attivazione di un percorso formativo per il personale con ruoli apicali all'interno degli enti del SSN in competenze manageriali e digitali con il finanziamento di contratti di formazione medica specialistica.

VALORIZZAZIONE E POTENZIAMENTO DELLA RICERCA BIOMEDICA DEL SSN

L'obiettivo dell'investimento è di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese. Tale investimento consiste nel potenziamento del sistema della ricerca biomedica attraverso due linee di intervento: da un lato il finanziamento di progetti Proof of Concept (PoC) a sostegno dello sviluppo di tecnologie a basso grado di maturità tecnologica, favorendo il trasferimento di tecnologia verso l'industria; dall'altro il finanziamento di programmi e progetti di ricerca nel campo delle malattie rare, dei tumori e di altre malattie ad alto impatto sulla salute.

VERSO UN NUOVO OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE

L'obiettivo dell'investimento è di migliorare la sicurezza strutturale dal punto di vista antisismico di 116 ospedali, individuati nel 2020 da una ricognizione condotta dal Ministero della Salute.

Certamente per realizzare e potenziare il ruolo dell'infermiere nel PNRR è necessaria una rete sanitaria territoriale con un approccio proattivo che assicuri un minor rischio di riacutizzazione e di evoluzione delle condizioni croniche, una riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza (ad esempio diabete, scompenso cardiaco, malattia polmonare cronica ostruttiva, ipertensione). Per arrivare a realizzare questi obiettivi è necessario il personale sanitario specializzato, formato ed in numero sufficiente alle esigenze del nuovo modello assistenziale, con compensi e possibilità di carriera adeguati, e dedicato soprattutto ai soggetti fragili per garantire una migliore presa in carico della comunità di riferimento. L'infermiere è un professionista formato ad hoc, specialista per aree di competenza, che si occupa del coordinamento dei servizi, ma anche della gestione e del monitoraggio dell'assistenza alla persona che già da tempo opera nei servizi sanitari e che la pandemia da SARS-CoV-2 ha messo in risalto. L'infermiere garantisce che l'assistenza sia svolta senza difficoltà sul territorio e che gli ospedali siano strutture di elezione dell'acuzie e dei casi più gravi. Attività che permetteranno di migliorare la compliance per i cittadini, di diminuire le liste di attesa, di diminuire i ricoveri e l'uso improprio dei letti ospedalieri. I vantaggi saranno notevoli e riguarderanno sia i professionisti che potranno lavorare meglio secondo la loro formazione peculiare, sia i cittadini che troveranno un percorso efficiente sia il sistema che eviterà spese inutili.

Comunque è indispensabile risolvere il fabbisogno di personale infermieristico (riorganizzare gli organici oggi assolutamente carenti), intervenire anche sulla programmazione degli accessi ai percorsi di studio, e migliorare le prospettive di carriera e trattamento economico. Necessario migliorare i modelli organizzativi della rete ospedaliera e territoriale valorizzando il contributo del sapere infermieristico.

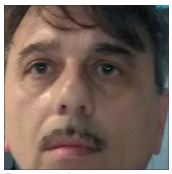
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.forumpa.it/economia/pnrr-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-cose-e-cosa-prevede-missioni-risorse-progetti-e-riforme;
2. https://italiadomani.gov.it/it/home.html;
3. italiadomani.gov.it;
4. https://www.ilsole24ore.com/art/next-generation-eu-cos-e-e-perche-l-europa-deve-correre-fondi-la-ripresa-covid-ADlKpzMB?refresh_ce=1;
5. https://www.segretaricomunalivighenzi.it/archivio/anno-2021/Settembre/08-09-2021-pnrr-tutto-sul-nuovo-portale-italia-domani;
6. https://www.comune.livorno.it/lavoro-sviluppo-economico/piano-nazionale-ripresa-resilienza-pnrr.

L'IPOTERMIA TERAPEUTICA INDOTTA NEL NEONATO

Gli aspetti infermieristici dell'assistenza al neonato con segni di encefalopatia ipossico-ischemica (EII)

Raffaele
MANZARI



Domenico
DENTICO

L'ipotermia terapeutica indotta nel neonato (baby-cooling) rappresenta il trattamento neuro-protettivo di scelta nell'Encefalopatia Ipossico-Ischemica (EII) di grado moderato o grave, che è una condizione conseguente ad asfissia perinatale con progressiva ipossiemia/ipossia, ipercapnia e acidosi, dovuta ad eventi materno-fetali che comportano un ridotto flusso ematico utero-placentare-cordonale e situazioni post-natali, con effetti negativi sulla funzione di organi ed apparati, rappresentando di fatto una delle cause più comunemente riconosciute di paralisi cerebrale infantile (6-23%). Si stima che a livello mondiale la EII abbia una incidenza media di 1,5 ogni mille nati vivi, interessando più di 1 milione di neonati all'anno. Il danno cerebrale che si realizza è un processo evolutivo che inizia durante l'insulto ipossico-ischemico e nei casi più gravi e/o prolungati continua in una fase successiva definita 'fase di riperfusione', da 6 a 100 ore dopo l'evento, in cui, paradossalmente, avviene una maggior distruzione di neuroni. Studi diversi hanno dimostrato che l'ipotermia terapeutica, nell'Encefalopatia Ipossico-Ischemica di grado moderato o grave, riduce il rischio di morte e migliora gli esiti neurologici in alcune classi di neonati. Nello studio TOBY (TOtal Body hYpothermia) l'ipotermia sistemica è correlata ad una riduzione del danno nei nuclei della base, talamo e PLIC (fibre cortico-talamiche del braccio posteriore della capsula interna) nella seconda settimana di vita. In un altro studio si mette in evidenza che l'ipotermia sistemica da 33° a 34° C riduce il danno corticale. Questo trattamento è raccomandato dalle linee guida dell'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) a partire dal 2010 e la sua efficacia dipende dalla precocità con cui viene iniziata ed è tanto maggiore quanto più sono coordinati i punti nascita con il centro di riferimento. L'ipotermia viene riservata ai neonati con età gestazionale > 35 sett., con peso neonatale > 1800 gr. e meno di 6 ore di vita e può essere selettiva se è limitata alla testa (ipotermia cerebrale) o sistemica quando interessa l'intero corpo. Entrambe le modalità di trattamento determinano un miglioramento in termini di sopravvivenza senza peggioramento dell'outcome neurologico se si rispettano i seguenti criteri di inclusione raccomandati:

A. Ipossia perinatale (basta un solo criterio):

- Punteggio di Apgar < 5 a 10 minuti di vita oppure
- Necessità di eseguire rianimazione ancora a 10 minuti di vita oppure
- Acidosi fetale o neonatale definita come pH < 7.0 e/o ABE > 12 mmol/L da emogasanalisi (EGA) arteriosa ombelicale o da qualsiasi EGA nei primi 60 minuti di vita. Il sangue ottenuto dall'arteria ombelicale rappresenta il gold standard perché riflette lo stato fetale a differenza del sangue da vena ombelicale che riflette la situazione placentare.

B. Valutazione neurologica del grado dell'Encefalopatia Ipossico-Ischemica moderata o severa valutata tra 30 e 60 minuti di vita in base all'esame obiettivo neurologico (SARNAT II/III).

Nei centri di riferimento, dopo aver accertato la presenza di entrambi i criteri (A+B), si esegue la valutazione aEEG (amplitude-integrated EEG) mediante CFM (Cerebral Function Monitoring) o EEG per almeno 30 minuti (possibilmente prima della somministrazione di eventuale terapia sedativa/antiepilettica) e confermata la diagnosi, entro 6 ore di vita, si procedere al trattamento ipotermico per 72 ore. Sono esclusi dalla terapia i neonati con più di 6 ore di vita e con anomalie congenite e l'eventuale trattamento in questi casi dovrebbe essere eseguito solo

in un contesto di ricerca con il consenso informato dei genitori.

Aspetti assistenziali multifocali

Il trattamento ipotermico richiede una alta complessità assistenziale e va eseguito in centri di massimo livello assistenziale, con personale medico-infermieristico altamente specializzato, ottimale rapporto paziente/infermiere e guardia medica 24/24. Sono previsti tre livelli di intervento in tre aree d'azione a diversa intensità di cura in cui i vari professionisti devono essere perfettamente coordinati e condividere necessariamente le procedure di riferimento in modo da realizzare una precoce identificazione dei candidati al trattamento, un tempestivo trasporto e una assistenza appropriata.

Se il parto avviene in un punto nascita allora sarà necessario che questo centro periferico (SPOKE) contatti il centro di riferimento (HUB) più vicino non appena valuti il neonato, nel rispetto dei criteri già esposti, candidato all'ipotermia e attivi il Servizio di Trasporto Neonatale (STEN).

Livelli di intervento nel percorso assistenziale del neonato con segni di EII

I° livello

Riguarda le azioni eseguite nel Centro Trasferente, che avvierà l'ipotermia 'passiva' spegnendo il riscaldamento nell'incubatrice e mantenendo la temperatura del neonato a circa 35°C in attesa dell'arrivo dello STEN.

II° livello

In questa fase si considera il passaggio di azioni assistenziali e procedurali tra il Centro Trasferente e lo STEN. Il medico del team di trasporto, una volta giunto nel Centro Trasferente, valuterà le condizioni del neonato e deciderà se trasportarlo in respiro spontaneo o in ventilazione assistita anche perché, in caso di asfissia neonatale, il respiro autonomo può essere conservato nel 30% dei casi. Verrà eventualmente reperito un accesso venoso stabile. Lo STEN garantirà il trasporto in apposita incubatrice mantenendo sempre costante la temperatura rettale del bambino a 35°C. Il raffreddamento può essere ottenuto:

- Spegnendo il riscaldamento della termoculla (ipotermia passiva) e questa misura, in genere, è sufficiente ad abbassare la temperatura del neonato a 35°C considerando anche la riduzione spontanea che si verifica negli asfittici.
- Utilizzando per brevi periodi, se con la misura precedente non si è riusciti ad ottenere l'abbassamento della temperatura, sacchetti di ghiaccio istantaneo o gel raffreddati o guanti monouso riempiti con acqua fredda posizionati attorno al neonato prestando attenzione ad evitare il contatto diretto con la cute e osservando frequentemente la sede interessata.
- Utilizzando sistemi servo-controllati per il raffreddamento durante il trasporto.

E' necessario monitorare o controllare almeno ogni 15 minuti la temperatura rettale (per evitare un eccessivo raffreddamento), la frequenza cardiaca e la saturazione di ossigeno.

III° livello

Riguarda le attività eseguite nel Centro Accettante rappresentate dalle seguenti fasi:

1. Esecuzione del tracciato EEG.
2. Induzione.
3. Mantenimento.
4. Riscaldamento o 'rewarming'.
5. Normotermia terapeutica.

Le azioni eseguite nella fase dell'esecuzione del tracciato grafico cerebrale sono:

1. Minimizzare gli stimoli esterni (luce, rumori, manipolazioni), aspetto da considerare anche nelle altre fasi assistenziali.
2. Posizionare gli elettrodi per il CFM o EEG.
3. Valutare, da parte del medico, i pattern patologici.

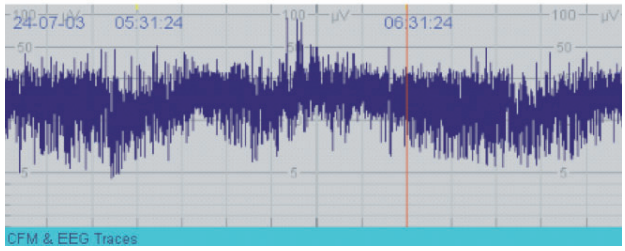


Fig. 1 - Tracciato CFM normale: margine superiore >10 µV e margine inferiore >5 µV

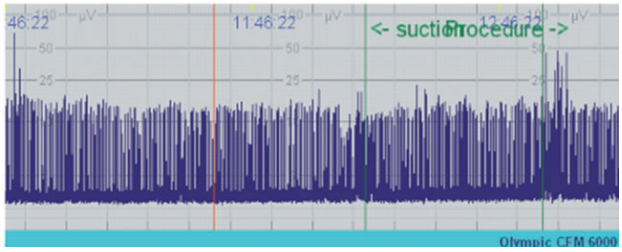


Fig. 2 - Tracciato severamente anormale: margine superiore <10 µV e margine inferiore <5 µV. Questo tracciato a basso voltaggio può essere accompagnato da burst di punte ad alto voltaggio che appaiono come singoli spikes sopra l'attività di base.

Fase del raffreddamento (dell'induzione e del mantenimento)

E' in questa fase che l'ipotermia esprime il massimo del suo effetto terapeutico e richiede le seguenti azioni:

1. Posizionare un catetere vescicale Foley.
2. Assistere il medico nell'impianto di un catetere ombelicale o altra via venosa centrale procedura necessaria per consentire di somministrare soluzioni per alimentazione parenterale. Può essere utile posizionare anche un catetere arterioso ombelicale per monitorare la PA cruenta ed eseguire prelievi.

3. Controllare la corretta funzionalità dell'apparecchio per il trattamento ipotermico prima di utilizzarlo sul neonato.
4. Considerare la seguente procedura in caso di utilizzo di 'Arctic Sun' come dispositivo:

- Accendere ed eseguire test iniziale.
- Selezionare 'Nuovo paziente'.
- Controllare il livello dell'acqua e se necessario riempire il serbatoio con acqua distillata sterile selezionando il tasto 'Riempire serbatoio'.
- Impostare la funzione 'Raffreddare paziente' a 33° per ipotermia sistemica moderata, la durata del trattamento (72 h) e rispettivi livelli Min. e Max di allarme della temperatura del neonato e della temperatura dell'acqua.
- Impostare e programmare la funzione 'Riscaldare paziente' dopo le 72 h di trattamento.
- Controllare il flusso dell'acqua che deve essere di almeno 1,5 L/m.
- Lubrificare e introdurre la sonda della temperatura nel retto per circa 6 cm dall'orifizio anale, fissandola poi con un cerotto sulla coscia.
- Verificare periodicamente che la sonda non si dislochi e che non si sporchi di feci, situazioni che interferirebbero sul rilevamento della temperatura e se è necessario rimuoverla, pulirla rapidamente e riposizionarla.
- Utilizzare l'interfaccia di raffreddamento (PAD) avvolgendola sul corpo del neonato.
- Controllare che la temperatura sia mantenuta stabile con minime fluttuazioni tollerabili (0,2-0,3°C).

5. Valutare costantemente la cute nelle zone interessate dal PAD per scongiurare l'insorgenza di lesioni da freddo come l'adiponecrosi o lesioni da pressione.
6. Controllare la postura, mobilizzare frequentemente il paziente per prevenire il rischio di insorgenza di lesioni da decubito ed eventualmente fare uso di creme protettive.
7. Evitare di rimuovere la pellicola presente sulla faccia interna del PAD per non porre direttamente a contatto la superficie adesiva sulla cute delicata del neonato.
8. E' necessario una gestione attenta dei liquidi in quanto, il neonato asfittico è a rischio di insufficienza renale e di sindrome da inappropriata secrezione di adiuretina.
9. Posticipare, da parte del medico, la supplementazione di potassio durante il raffreddamento, per evitare una pericolosa iperpotassiemia durante il riscaldamento. L'aggiunta di elettroliti è raccomandata dopo 24-48 h quando la funzione renale è migliorata ed è divenuta stabile.
10. Rilevare peso, diuresi oraria (oliguria se diuresi < 1 ml/Kg/h) e bilancio idrico ogni 8-12h (il rene può aver subito un danno anatomo-funzionale).
11. Valutare i parametri vitali (FC, FR, SAT. O2). Considerare che è prevista una riduzione della frequenza cardiaca nel neonato asfittico e che l'ipotermia la riduce ulteriormente di 14 b/m per ogni °C di abbassamento della temperatura. Se la FC si abbassa pericolosamente a meno di 80 b/m si consiglia di innalzare di 0,5-1° la temperatura impostata.
12. Controllare i livelli glicemici che siano > 46 mg/dl.
13. Gestire l'assistenza ventilatoria. L'ipotermia da sola non rappresenta, comunque, una indicazione al ricorso alla ventilazione meccanica a meno che non siano presenti altre situazioni come l'insufficienza respiratoria, ripetute apnee o desaturazioni associate a convulsioni. Evitare ipocapnia che potrebbe avere effetti deleteri sul circolo cerebrale e causare vasocostrizione. Mantenere saturazioni di ossigeno > 92% per diminuire il rischio di ipertensione polmonare.
14. Eseguire la terapia prescritta per sedo-analgesia, trattamento delle eventuali convulsioni, doppio antibiotico per sepsi e trattamento farmacologico dell'eventuale ipotensione.
15. Eseguire ECG ogni giorno.
16. Monitorare la PA cruenta o incruenta ogni 2 ore o secondo necessità cliniche (PA media > 40

Figura 3. - Neonato a termine con encefalopatia ipossico-ischemica ventilato meccanicamente, sottoposto a terapia ipotermica sistemica utilizzando un PAD di raffreddamento. E' stato posizionato un catetere venoso ombelicale e un catetere vescicale.

mmHg).
17. Effettuare prelievo per esami di laboratorio secondo prescrizione medica (PCR, emocromo, emocoltura, coagulazione, creatininemia, azotemia, elettroliti e troponine).
18. Valutare da parte del medico la possibilità di una alimentazione enterale non nutritiva (MEF) durante il trattamento e al termine di iniziare, con cautela, l'alimentazione per bocca o gavage.
19. Collaborare con il medico e con altri operatori per l'esecuzione di esami strumentali (ecografia transfontanellare, ecocardiogramma, radiografie).

Gli eventi avversi, da considerare durante il trattamento, sono rappresentati da bradicardia sinusale, trombocitopenia e adiponecrosi associata o meno a ipercalcemia anche tardiva.

Fase del riscaldamento (rewarming) e del raggiungimento della normotermia

In questa fase è indispensabile:

1. Controllare, dopo 72 ore di trattamento, che inizi la fase di riscaldamento del neonato e che la sua temperatura corporea passi da 33° lentamente a 36,5°C con incrementi di 0,5°C/ora e questo per evitare un rapido incremento con il rischio di innescare crisi convulsive e di annullare quindi gli effetti benefici indotti dal trattamento ipotermico.
2. 2Svuotare il PAD, al termine della terapia, prima di staccarlo dal tubo valvolato, per evitare che fuoriesca acqua, utilizzando l'apposito tasto presente sulla schermata principale del display.
3. Smaltire il PAD e la sonda nell'apposito contenitore di rifiuti in quanto presidi monouso.

Follow-up

E' importante che il medico programmi il follow-up per RM-encefalo a 7-10 giorni o comunque almeno entro il primo mese di vita e il controllo psicomotorio e neurosensoriale a 2-3 anni da proseguire fino all'età scolare.

Conclusioni

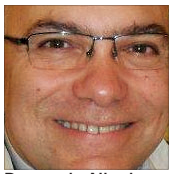
L'infermiere, nel contesto multiprofessionale, multidisciplinare e multidimensionale in cui si trova ad agire, può gestire la complessità assistenziale legata a questa procedura solo se è preparato, formato e abbia ben presente l'importanza del rispetto delle procedure e dei protocolli specifici. Alcuni studi evidenziano anche l'importanza di avere nel team infermieri competenti nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni da pressione e che sappiano gestire il rischio di insorgenza di lesioni con opportune scale di valutazione (Braden-Q, NSRAS e Glamorgan). Bisogna, inoltre, considerare la responsabilità medica-infermieristica nel fornire una corretta e opportuna informazione ai genitori riguardo le manovre assistenziali utilizzate e gli aggiornamenti sulla situazione clinica del loro bambino.

Figura 4. - Il neonato è posto in monitoraggio CFM. Si noti sul dispositivo di raffreddamento il settaggio della temperatura a 33°C. Il servo-controllo della temperatura centrale è realizzato con il posizionamento della sonda rettale.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Linee guida dell'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). 2010.
2. Gruppo di Studio di Neurologia Neonatale (SIN) 'Raccomandazioni per l'assistenza al neonato con encefalopatia ipossico-ischemica candidato al trattamento ipotermico' II Edizione 2012 - Ed. Biomedia.
3. Inder TE, Hunt RW, Morley CJ, et al. Randomized trial of systemic hypothermia selectively protects the cortex on MRI in term hypoxic-ischemic encephalopathy. J Pediatr. 2004;145(6):835–837.
4. Pasek TA, Geyser A, Sidoni M, Harris P, Warner JA, Spence A, Trent A, Lazzaro L, Balach J, Bakota A, Weicheck S 'Skin care team in the pediatric intensive care unit: a model for excellence' Crit Care Nurse. 2008 Apr;28(2):125-35.
5. Rutherford M, Ramenghi LA, Edwards AD, et al. Assessment of brain tissue injury after moderate hypothermia in neonates with hypoxic-ischaemic encephalopathy: a nested substudy of a randomised controlled trial. Lancet Neurol. 2010;9(1):39–45.
6. https://www.insalutenews.it/in-salute/encefalopatia-ipossico-ischemica-colpiti-piu-di-un-milione-di-neonati-allanno-il-ruolo-dellipotermia-terapeutica/ visitato il 4/9/2021.

SCUDO PENALE PER TUTTI GLI OPERATORI SANITARI



Pasquale Nicola
BIANCO

Francesco
GERMINI

Viene esclusa la punibilità in relazione sia all'omicidio colposo (art. 589 c.p.) sia alle lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) conseguenti alla somministrazione di un vaccino anti-Covid avvenuta durante la campagna vaccinale straordinaria

La pandemia da SARS CoV-2/Covid-19, sicuramente, ha dato maggior impulso ed ha riacceso il problema della protezione, da esposizione a numerosi fattori di rischio, degli operatori sanitari che, comunque, hanno fronteggiato il virus da subito, resistendo per tantissimi mesi in prima linea con spirito di sacrificio e innegabile coraggio nonostante l'insufficienza delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, le gravi carenze gestionali, organizzative e la carenza dei necessari Dispositivi di Protezione Individuale, da un uso distorto delle azioni di responsabilità. Nel Decreto Covid (Decreto-Legge 1° aprile 2021, n. 44 "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici" viene confermato, tra l'altro, lo scudo penale dai reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose per gli infermieri che somministrano il vaccino (art. 3, Responsabilità sanitaria da somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2: Per i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale verificatisi a causa della somministrazione di un vaccino per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, effettuata nel corso della campagna vaccinale straordinaria in attuazione del Piano di cui all'articolo 1, comma 457, della legge 30 dicembre 2020, n.178, la punibilità è esclusa quando l'uso del vaccino è conforme alle indicazioni contenute nel provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio emesso dalle competenti autorità e alle circolari pubblicate sul sito istituzionale del Ministero della salute relative alle attività di vaccinazione). Per tutti gli operatori sanitari, anche per gli infermieri, il legislatore con il predetto Decreto Covid impone l'obbligo vaccinale decidendo di sacrificare la libertà di autodeterminazione dell'individuo per il bene della salute pubblica. Rimane escluso, da questo obbligo, solo il personale dipendente che si trovi in un caso di pericolo accertato relativo a condizioni cliniche documentate e avvalorate dal medico di competenza.

Concretamente, nel caso in cui sono state osservate tutte le indicazioni di preparazione, anamnesi, somministrazione e tutte le attività connesse alla vaccinazione del paziente, verrà esclusa la responsabilità per il reato di omicidio colposo e lesioni personali. Lo scudo penale per operatori e strutture è in deroga alla legge n. 24 del 08/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Il decreto riguarda la responsabilità che, con il Covid19, è diventata parola d'ordine, non in senso etico, ma come strumento investigativo, per individuare i profili penali, civili e amministrativi, i tre previsti dalla stessa legge. Il decreto dunque tiene conto del contesto straordinario in cui gli operatori sanitari sono stati chiamati ad operare, un contesto con evidenze scientifiche scarse e in continua evoluzione, e di evidente carenza di personale (infermieristico in particolar modo) e di risorse anche strumentali riconoscendo, a tutti i livelli, le enormi difficoltà causate dalla pandemia. Lo scudo penale, oltre all'attività vaccinale, si estende anche alle altre prestazioni rese dai professionisti sanitari nelle condizioni di emergenza, spesso estreme, in cui si sono trovati e si trovano a operare in questa terribile emergenza sanitaria causata dal SARS-CoV-2/COVID-19.

La responsabilità penale degli operatori sanitari, quindi, è limitata ai soli casi di colpa grave.

Ai fini della valutazione del grado della colpa il giudi-

DIRITTI COSTITUZIONALI LIMITATI PER GESTIRE L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA

L'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2/Covid-19 ha portato alla limitazione dei diritti garantiti a livello costituzionale da parte del nostro ordinamento, in una prospettiva di bilanciamento con il diritto, sempre di rango costituzionale, di tutela della salute. I diritti da limitare per far fronte all'emergenza dovrebbero essere adottati nel rispetto dei principi di prevenzione, precauzione, proporzionalità ed adeguatezza. L'articolo 13 della Costituzione prevede che la libertà personale è inviolabile. L'emergenza epidemiologica ha portato il Governo ad adottare, inoltre, alcune misure restrittive della libertà di circolazione e di soggiorno, tutelata dall'art. 16 della Costituzione. L'articolo 16 della Costituzione prevede che "ogni cittadino può circolare e soggiornare liberamente in qualsiasi parte del territorio nazionale, salvo le limitazioni che la legge stabilisce in via generale per motivi di sanità o di sicurezza". L'articolo 17 della Costituzione tutela la libertà di riunione. Anche questa libertà, indirettamente, è andata incontro ad una compressione poichè limitando gli assembramenti, ne consegue che i cittadini non possono riunirsi.

ce dovrà tenere conto anche della limitatezza delle conoscenze scientifiche, al momento del fatto, sulle patologie derivanti da Sars-Cov-2 e sulle terapie appropriate, nonchè della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili in relazione al numero dei casi da trattare. I reati previsti dagli articoli 589 e 590 del codice penale, omicidio colposo e lesioni personali colpose, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e legati alla situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave.

La pandemia ha trovato un campo fertile perché quello sanitario è sempre stato colpito da tagli agli investimenti, tagli alle assunzioni di personale sanitario, tagli all'acquisto di apparecchiature utili allo scopo stesso della sanità. Un bel problema è quella della responsabilità che molti non vedono di buon occhio, in quanto, per la prima volta nella storia della medicina, nessuno (nè i governi, nè le case farmaceutiche stesse) si assume la responsabilità di eventuali reazioni negative nel breve, medio e lungo termine, ma il messaggio che passa è quantomeno paradossale perché nessuna autorità o ente si assume la responsabilità ma si rischia di venir tacciati come irresponsabili se non si accetta l'offerta terapeutica che viene forzatamente concessa.

Ciò detto, importante adottare, comunque, strumenti per valutare e gestire gli imprevisti che si presentano nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, quindi strategie basate sul rischio cioè un modo di affrontare la gestione per la qualità basato sulla capacità di ognuno, nell'organizzazione, di assumere decisioni e intraprendere azioni non in modo meccanico e passivo, ma come effetto di una valutazione razionale delle possibili conseguenze, positive o negative, delle proprie scelte. La gestione del rischio è, per sua natura, presente in tutto ciò che facciamo prima di assumere qualsiasi decisione. Affrontare rischi ed opportunità rappresenta la base per aumentare l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità, ottenendo ottimi risultati e prevenendo gli accadimenti negativi.

È compito dell'organizzazione decidere quali rischi e opportunità devono essere affrontati. Infatti, sostenere la cultura ossessiva della sicurezza non è produttivo, realmente non c'è vita senza rischio malattie, non esiste una sicurezza assoluta che escluda ogni possibilità di ammalarsi delle persone, il delirio dei media per il SARS-CoV-2/COVID-19 è ancora eccessivo, sradicare completamente il coronavirus è impossibile, l'impressione che si ha sull'operato dei media è che quel che fanno corrisponde a seminare paura. I messaggi infondono sempre tanta paura tormentando i cittadini, il leitmotiv è quello di chiedere alla popolazione, ossessivamente, di vaccinarsi anche a chi non vuole, nonchè sponsorizzare il lasciapassare più opprimente e assurdo, che mette in atto la limitazione più vasta e senza precedenti in tutto l'Occidente delle libertà personali, del lavoro, degli spostamenti, …, l'impressione è di trovarsi in uno stato di emergenza interminabile.

Anche da vaccinati ci si può contagiare.

Le persone sviluppano migliaia di malattie più gravi, mentre da un anno e mezzo si parla soltanto di covid.

Ciò che conta ora è l'adeguamento e la ripresa della vita normale.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Decreto-Legge 1° aprile 2021, n. 44 "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici". Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 28 maggio 2021, n. 76;
2. Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonchè in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
3. Jean Ziegler, "il mercato della fame e la rivolta delle coscienze", Arti Grafiche La Moderna, (RM), 2012;
4. https://www.opira.it/wp-content/uploads/2017/10/Tesi_Basile_Elementari.pdf;
5. https://www.nationalgeographic.it/scienza/2020/04/siamo-circondati-dai-virus-ma-solo-alcuni-virus-rappresentano-una-minaccia;
6. https://www.youtube.com/watch?v=IRFOp9h9koY.

L'INFERMIERE DEL SET 118 PUGLIESE TRA OSCURANTISMO E CHIUSURE ANACRONISTICHE

Ciro
GENCHI

Quali i nuovi traguardi di una professione che ha le ali tarpate.

È inutile ricordare come il sistema d'emergenza urgenza nell'ambito del territorio pugliese sia in costante sofferenza per quanto riguarda sia l'aspetto tecnologico che operativo con particolare riferimento ai mezzi di soccorso.

Anche l'empowerment della professione infermieristica accusa uno stallo dovuto al fatto che nuovi modelli organizzativi e nuove skills stentano ad entrare nel sistema del 118 pugliese come se fosse riluttante a modelli più innovativi.

Sia nel panorama internazionale che nazionale si vanno affermando invece, inediti e funzionali modelli ai quali il Set 118 pugliese sembra invece non guardare con interesse, ancorato fermamente al passato in modalità granitica.

Basti pensare che nel 118 di Piacenza è già in uso l'ecografo a bordo dei mezzi di soccorso con personale infermieristico formato, l'utilizzo di smart glass e algoritmi infermieristici spesso indispensabili.

Rinunciare a queste conquiste infermieristiche è sconcertante e sottende ad una difesa dell'attuale status quo che non è di certo al passo con i tempi soprattutto se paragonato ad altre realtà nazionali che costantemente investono in formazione e innovazione.

Quel che c'è da domandarsi, invece, è come mai ci sono sistemi d'emergenza così evoluti, così aperti a nuovi know how ed invece, altri sono confinati in sistemi anacronistici magari in difesa di lobbies strutturate?

Ed allora, chi ha ragione e chi ha torto?

È giusto porsi questa domanda oppure no?

Una considerazione di merito va fatta, ovvero: è impensabile che un cittadino possa ricevere assistenza diversa tra regione e regione ma anche tra provincia e provincia.

Ed allora?

Bisogna pensare ad una riforma diversa, su base organica che sia di sistema, magari su base regionale se non si dovesse pensare di superare la modifica del titolo V della Costituzione oppure, meglio, su base nazionale.

Quest'ultima considerazione, del tutto personale, nasce dal fatto che tutti i sistemi territoriali d'emergenza (vigili del fuoco, carabinieri, polizia di stato ed altre forme immediate d'intervento) superano sistemi frammentari che talvolta rappresentano dei veri e propri ostacoli (vedi il Set 118).

In una recente survey del SIIET Società Italiana Emergenza Territoriale pugliese è emerso un dato incontrovertibile, ovvero l'evidente bisogno di formazione richiesto dagli infermieri che, allo stato, è inadeguata all'interno delle sei provincie pugliesi e da qui l'evidente bisogno di formazione continua.

È forte l'esigenza di un sistema formativo che sia accreditato, con un monitoraggio capillare e strutturato per favorire percorsi inclusivi e innovativi e che abbia come obiettivo il sostegno di scelte valoriali finalizzate a rinnovare in ogni operatore un senso di appartenenza alla propria missione.

Un sistema innovativo nei mezzi e nell'innovazione tecnologica si traduce in una migliore performance.

Tanto per fare un esempio, si consideri che oggi ci sono sul mercato monitor multiparametrici con defibrillatore anche abilitato alle funzioni di pacing che hanno pesi ridotti, taluni pesano esattamente la metà di quelli normalmente in uso nel 118 barese ed allora perché non rinnovare periodicamente il patrimonio tecnologico?

Perché non alleggerire i carichi che ognuno dell'equipe porta con sé?

Potrebbe anche essere un atto di buon senso.

Senza dimenticare la drammatica situazione delle »

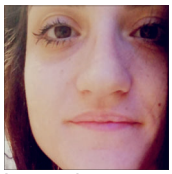
automediche del 118 barese, inadeguate sotto ogni aspetto e più volte sottolineate dal Presidente Opi Bari Dott. Andreula.
È imbarazzante la situazione dei tempi di attesa per contattare la C.O. 118; lungaggini infinite soprattutto in quelle situazioni difficili e drammatiche laddove contattare i soccorsi è questione di vita o di morte.
Spettatori inermi, segnalazioni ripetute anche da parte di enti istituzionali e OO.SS. non hanno generato migliorie.
Rete radio digitale assente e ritardi per l'istituzione delle CUR 112 (centrali uniche di risposta).
L'assenza di protocolli o algoritmi infermieristici è inaccettabile e rappresenta una zavorra all'interno del sistema d'emergenza urgenza 118 soprattutto nelle situazioni quoad vitae et quoad valetudinem.
La diatriba sull'utilizzo di farmaci tra medici ed infermieri è piuttosto aspra e ferma su rigidi e anacronistici schemi. Si rammenti il caso Venturi in Emilia Romagna. Ed allora come fare?
In alcune regioni si adottano protocolli e algoritmi che consentono anche all'infermiere di poter somministrare autonomamente farmaci, laddove sia necessario intervenire con urgenza. Invece il 118 pugliese anche qui primeggia per ritardi rispetto ad altre regioni.
Quanto altro tempo bisogna aspettare? Stallo anche in quest'occasione laddove una ancestrale diatriba tra OPI e OMCEO è stata glissata nel 2015.
Oggi è diffuso il concetto anglosassone di "Duty of Care" ovvero il dovere di diligenza identificato nella responsabilità di assistere il cittadino che versa in condizioni critiche senza inadempienze o negligenze ed al meglio delle risorse disponibili, a maggior ragione se il soccorso avviene da parte di un infermiere a bordo di un mezzo avanzato di soccorso.
Nessun tavolo di confronto è stato aperto in Regione per cercare un'accettabile soluzione nell'interesse dei cittadini pugliesi e il protrarsi dell'attuale status quo è inaccettabile anche da parte della politica che non si accorge dei ritardi che sono divenuti strutturali.
In particolar modo si auspica che in tempi rapidi le competenze dell'infermiere del SET comportino una attestazione delle conoscenze ed "expertise" specifiche attraverso una certificazione unica sul territorio nazionale, preferibilmente su base accademica.
Nel recente congresso di Riva del Garda del 20.09.2021 tutte le realtà dell'Emergenza Urgenza hanno firmato la cosiddetta "Carta di Riva", contenente tredici punti fondamentali, sui quali la politica possa riflettere puntando ad un modello unico ed efficiente del sistema d'emergenza 118, omogeneo su tutto il territorio nazionale.

1. Il superamento della frammentazione dei modelli gestionali;
2. L'obbligo di integrazione delle centrali operative 118 con le Cur (Centrale unica di risposta) Nue 112 (Numero unico di emergenza);
3. La realizzazione della massima integrazione tra tutte le componenti del SSN;
4. La valorizzazione delle figure professionali mediante il rafforzamento e la migliore declinazione delle rispettive competenze;
5. La valorizzazione del personale infermieristico nelle centrali operative e nei Pronto soccorso;
6. La valorizzazione delle elevate competenze infermieristiche in ambito di emergenza preospedaliera;
7. La valutazione delle performance;
8. La definizione di un sistema unico nazionale di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate;
9. Il riconoscimento formale nel sistema di emergenza urgenza delle associazioni di volontariato Odv (Organizzazioni di volontariato);
10. L'utilizzo di forme omogenee di reclutamento del personale;
11. La valorizzazione strutturale del personale sanitario nel sistema di emergenza preospedaliera ed ospedaliera;
12. La valorizzazione nel sistema di emergenza del personale sanitario "senior";
13. La necessità di una norma nazionale che regolamenti le competenze e i conseguenti standard formativi della componente tecnica del sistema di soccorso.

La Carta di Riva pur rappresentando un documento di sintesi per il cambiamento del sistema, ha prospettive realizzative a medio e lungo termine che vanno declinate nelle diverse realtà che allo stato non sono e non potranno essere omogenee (si veda, ad esempio l'introduzione della Sanità Service in Puglia che di fatto non riconosce più la collaborazione con le organizzazioni di volontariato).
Si continua a rimarcare l'assenza di un tavolo di confronto monotematico su SET 118 tra tutti gli stakeholder per addivenire ad una sintesi delle varie istanze nel solco del progetto ormai accantonato dell'Areu Puglia.
In quell'occasione, per la prima volta si è percepita la voglia di cambiamento che di fatto è magicamente scomparsa.
Oggi il rilancio del 118 interessa a pochi, dalla carenza degli organici e dalla conseguente inapplicabilità sia del DM 70/2015 e del piano di riordino della rete dell'emergenza, totalmente lacunoso.
Per coloro che hanno memoria storica del sistema d'emergenza pugliese poco o nulla è cambiato e, insieme a ciò, sono sbiadite anche quelle residue aspettative di cambiamento che sono fondamentali per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini.

LE CONTROMISURE PER LIMITARE LA DIFFUSIONE DEL VIRUS

Michele
FIGHERA



Immacolata
CAPURSO

Necessario il contenimento del virus non tanto per il tasso di letalità che comunque rimane sostanzialmente nella norma, ma quanto per evitare di arrivare al collasso delle strutture sanitarie vista la scarsità di strutture, quindi, è importante non arrivare al sovraffollamento delle strutture sanitarie

La protezione civile pubblica, ogni giorno, il numero totale di morti attribuibili alla pandemia di Covid-19 in tutto il Paese.
Necessario ricordare la diversità che c'è fra tasso di mortalità e tasso di letalità.
Il tasso di letalità calcola quante persone sono morte fra quelle positive al COVID-19.
Il tasso di mortalità calcola quante persone sono morte sul totale delle persone esposte, cioè sugli abitanti del nostro paese.
Gli effetti della pandemia dovuti al Sars-CoV-2 hanno provocato un'emergenza sanitaria per COVID-19. Sono stati emanati numerosi DPCM, e numerose ordinanze dal Ministero della salute e ordinanze regionali per determinare un contenimento degli effetti epidemiologici, che si sono tradotti in prima battuta in misure di sorveglianza sanitaria speciale (quarantena con sorveglianza attiva) e divieto di spostamento soprattutto per i soggetti con sintomatologia. Trattasi di misure restrittive (prestare molta attenzione in luoghi affollati; utilizzare la mascherina specialmente quando ci si trova in posti in cui ci sono altre persone come ad esempio supermercati, ospedali, o se si rilevano sintomi della Covid-19; lavarsi, igienizzarsi frequentemente le mani; non toccare naso, bocca e occhi con le mani; tenere una distanza di almeno un metro dalle altre persone) da seguire per il contenimento del coronavirus.
È importante che tutti i cittadini rispettino le norme di condotta e il buon senso.
Fondamentale il ruolo ed il coinvolgimento dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico, insieme agli altri operatori sanitari, nella campagna di vaccinazione per incrementare la copertura vaccinale della popolazione. La vaccinazione di massa anti Covid-19 è sicuramente un intervento di prevenzione, mai attuato in precedenza, che ha richiesto tuttora un impegno organizzativo, professionale e logistico straordinario del Servizio Sanitario Nazionale a tutti i livelli. Gli infermieri sono stati appositamente formati e addestrati per la somministrazione in sicurezza dei vaccini anti SARS-CoV-2/Covid-19 attualmente disponibili, ma anche su quelli in fase di sviluppo.
Sono stati formati su diversi aspetti, a partire dal ruolo e dalla funzione dei vaccini e della vaccinazione, alla sorveglianza delle reazioni avverse post vaccinazione anti SARS-CoV-2/Covid-19 nonché sulle modalità di comunicazione efficace con gli utenti nell'ambito del piano di vaccinazione.
Per combattere il SARS-CoV-2/Covid-19 sono disponibili diversi prodotti farmaceutici utilizzabili per il trattamento della malattia Covid-19 e diversi tipi di vaccini in uso e/o in fase di sviluppo contro il SARS-CoV-2, ciascuno con diversi punti di forza, debolezze ed efficacia anche contro le varianti virali.

A) VACCINI A VETTORE VIRALE

Utilizzano un virus modificato (generalmente un adenovirus incompetente per la replicazione) per portare all'interno della cellula la sequenza del codice genetico che codifica per la proteina spike di SARS-CoV-2. Provocano risposte sia anticorpali che citotossiche dei linfociti T. Il sistema immunitario si attiva contro la proteina e produce degli anticorpi che, allorché il soggetto entrasse a contatto con il virus, lo proteggeranno dall'infezione.
I potenziali problemi di sicurezza finora segnalati sono riferiti a trombosi e GBS (Sindrome di Guillain-Barrè: è un disturbo del sistema immunitario che causa infiammazione dei nervi e può provocare dolore, intorpidimento, debolezza muscolare e difficoltà nel camminare), sebbene la sicurezza generale è molto alta.
Questa tipologia di vaccini ha un'efficacia variabile contro le varianti e potrebbero essere necessa-

ri dei richiami.

Vaccini in uso

- **Johnson & Johnson (Janssen):**

Il vaccino induce il sistema immunitario a produrre anticorpi e globuli bianchi specializzati che agiscono contro il virus. È un vaccino monovalente composto da un vettore ricombinante basato su adenovirus umano di tipo 26 incompetente per la replicazione, che codifica per la sequenza completa della glicoproteina spike (S) di SARS-CoV-2 in una conformazione stabilizzata.

Dopo la somministrazione, la glicoproteina S di SARS-CoV-2 viene espressa in maniera transitoria, stimolando sia anticorpi anti-S neutralizzanti che altri anticorpi specifici anti-S funzionali, così come risposte immunitarie cellulari dirette contro l'antigene S, che possono contribuire a proteggere contro Covid-19.

- **Vaxzevria (ex COVID-19 Vaccine AstraZeneca):**

Il vaccino è composto da un adenovirus di scimpanzé incapace di replicarsi (ChAdOx1 – Chimpanzee Adenovirus Oxford 1) e modificato per veicolare l'informazione genetica destinata a produrre la proteina Spike del virus SARS-CoV-2.

- **CanSinoBIO:**

I dati dello studio clinico di Fase II del vaccino di CanSinoBIO, che è stato sviluppato in collaborazione con l'Istituto di ricerca dell'Accademia Militare delle Scienze Mediche, sono stati pubblicati a luglio sulla rivista scientifica The Lancet.

B) VACCINI AD ACIDI NUCLEICI

I vaccini basati sugli acidi nucleici sono realizzati a partire dal materiale genetico, DNA o RNA messaggero (mRNA), proveniente dal virus per stimolare una risposta immunitaria contro di esso. I vaccini a mRNA anti Covid-19 forniscono alle cellule le istruzioni necessarie per produrre la proteina spike. Si basano su questa tecnologia il vaccino BNT162b2 sviluppato da Pfizer e BioNTech e il vaccino mRNA-1273 di Moderna.

Utilizzano frammenti di mRNA o DNA per produrre una risposta immunitaria adattativa attraverso le cellule ospiti, producendo copie dell'antigene bersaglio. Suscitano risposte sia anticorpali che citotossiche dei linfociti T. Necessità di richiami attualmente sconosciuta nella popolazione generale ma potrebbe essere necessaria negli immunocompromessi. Buona protezione contro la variante Delta.

Vaccini in uso

- **Moderna (Spikevax) mRNA -1273**

Il vaccino Spikevax (Moderna) viene somministrato agli adulti e agli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni.

Modalità di somministrazione: Il vaccino deve essere somministrato per via intramuscolare. Il sito preferito è la regione deltoidea del braccio. Spikevax è somministrato come ciclo di due dosi (da 0,5 mL ciascuna) a distanza di almeno 28 giorni l'una dall'altra. Possibile prolungare la seconda dose, comunque non oltre 42 giorni dalla prima (Circolari 9 aprile e 5 maggio 2021). Non deve essere iniettato per via endovenosa, sottocutanea o intradermica. Il vaccino non deve essere miscelato nella stessa siringa con altri vaccini o medicinali.

Il vaccino Moderna può essere utilizzato per completare un ciclo vaccinale misto, nei soggetti di età inferiore ai 60 anni che abbiano già effettuato una prima dose di vaccino Vaxzevria, a distanza di 8-12 settimane dalla somministrazione di questo vaccino (Circolare 11 giugno 2021).

- **Pfizer/BioNTech (Comirnaty) mRNABNT162b2**

Contiene una molecola denominata RNA messaggero (mRNA) con le istruzioni per produrre una proteina presente sul SARS-CoV-2.

Il vaccino Comirnaty viene somministrato agli adulti e agli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni.

Modalità di somministrazione: Comirnaty deve essere somministrato dopo diluizione sotto forma di iniezione intramuscolare nella regione deltoidea del braccio. È somministrato come ciclo di due dosi (da 0,3 mL ciascuna) a distanza di almeno 21 giorni l'una dall'altra.

Dopo la diluizione, conservare e trasportare il vaccino a una temperatura compresa tra 2 °C e 30 °C e utilizzare entro 6 ore. Gettare il vaccino non utilizzato. Il vaccino Comirnaty può essere utilizzato per completare un ciclo vaccinale misto, nei soggetti di età inferiore ai 60 anni che abbiano già effettuato una prima dose di vaccino Vaxzevria, a distanza di 8-12 settimane dalla somministrazione di questo vaccino (Circolare 11 Giugno).

C) VACCINI INATTIVATI

Utilizzano una versione uccisa del virus per generare immunità. Elicitano (stimolano) anticorpi neutralizzanti senza un'azione cellulo-mediata.

Possono essere somministrati in sicurezza a pazienti immunocompromessi. La tecnologia vaccinale confermata è già in uso per diverse malattie (esempio epatite A, influenza, poliomielite, rabbia). È stato approvato dall'OMS ma non utilizzato in Nord America o Europa. Sembra abbiano un'efficacia inferiore rispetto all'mRNA.

Vaccini in uso

- **Sinofarma**

Il vaccino Sinopharm per il Covid-19 ha ricevuto l'Emergency Use Listing (EUL) a maggio.

Il vaccino cinese anti-Covid Sinopharm è stato autorizzato dall'Oms per l'uso d'emergenza.

È il primo di un Paese non occidentale a ottenere l'approvazione dell'agenzia sanitaria globale.

- **Sinovac**

L'OMS ha dato il via libera al vaccino cinese Biotech Sinovac, ritenendolo sicuro ed efficace.

Il comitato indipendente di esperti vaccinali che for-

nisce i pareri all'agenzia Onu ha dichiarato che il vaccino, il secondo di produzione cinese approvato dopo il Sinopharm, è somministrabile in due dosi distanziate di quattro settimane alle persone con più di 18 anni.
Il via libera dell'OMS permette al Sinovac di essere utilizzato nel programma Covax, che ha l'obiettivo di estendere la vaccinazione ai Paesi a basso reddito, altrimenti esclusi da ogni profilassi.

D) VACCINI BASATI SULLE PROTEINE

Utilizzano proteine virali ricombinanti per indurre la risposta immunitaria. Elicitano anticorpi neutralizzanti senza un'azione cellulo-mediata.
Possono essere somministrati in sicurezza a pazienti immunocompromessi.
La tecnologia vaccinale comprovata è già in uso per molte malattie (esempio epatite B, HPV, pertosse, herpes zoster). Efficacia e attività molto elevate contro le varianti riportate in prove Novavax.
Vaccini in fase di sviluppo

- **Sanofi/GSK**

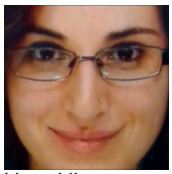
Il vaccino Vidprevtyn di Sanofi e Gsk è a base proteica. L'Ema valuterà nello specifico i dati non appena saranno disponibili per decidere se i benefici superano i rischi e la revisione continua procederà fino a quando non saranno disponibili prove sufficienti per la presentazione di una domanda formale di autorizzazione all'immissione in commercio.
Oltre a quelli già in commercio, diversi sono i vaccini giunti alla fase tre della sperimentazione. Alcuni di questi sono prodotti in Ue e potrebbero presto unirsi agli ormai noti Moderna, Pfizer, Johnson&Johnson e AstraZeneca.
Nell'Unione Europea si trovano diverse case farmaceutiche (come la casa farmaceutica spagnola Hipra e la casa farmaceutica italiana Reithera) impegnate nella sperimentazione del vaccino che ha già superato diverse fasi di sperimentazione.
Per quanto riguarda il vaccino Vidprevtyn, prodotto dalla casa farmaceutica francese Sanofi Pasteur, e che si trova alla fase 3 della sperimentazione, l'Ema ha riferito che valuterà i dati non appena saranno tutti disponibili per decidere se i benefici superano i rischi, e valuterà la conformità di Vidprevtyn ai consueti standard Ue per efficacia, sicurezza e qualità.
Si tratta di un vaccino a base di proteine che contiene una versione coltivata in laboratorio della proteina Spike trovata sulla superficie del Sars-CoV-2.
Il Vidprevtyn contiene anche un "adiuvante", cioè una sostanza che aiuta a rafforzare le risposte immunitarie al vaccino.
L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato il 6° Rapporto di Farmacovigilanza sui Vaccini Covid-19. I dati che sono stati raccolti e analizzati riguardano le segnalazioni di sospetta reazione avversa registrate nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza per i quattro vaccini utilizzati nella campagna vaccinale in corso.
Il tasso di segnalazione di sospetti eventi avversi da vaccinazione Covid-19 è di 154 eventi ogni 100.000 dosi di cui l'87,9% sono riferiti a eventi non gravi (dolore in sede di iniezione, febbre, astenia/stanchezza, dolori muscolari).
Le segnalazioni gravi corrispondono all'11,9% del totale, con un tasso di 18 eventi gravi ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal tipo di vaccino e dalla dose (cioè prima o seconda dose).
Nel periodo osservato sono giunte 76.206 segnalazioni su un totale di 49.512.799 dosi somministrate. Per tutti i vaccini, gli eventi avversi maggiormente segnalati sono stati febbre, stanchezza, cefalea, dolori muscolari/articolari, dolore in sede di iniezione, brividi e nausea.
Gli eventi avversi gravi, correlabili alla vaccinazione, più spesso segnalati configurano un quadro di sindrome simil-influenzale con sintomatologia intensa, più frequente dopo la seconda dose dei vaccini a mRNA e dopo la prima dose di Vaxzevria.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

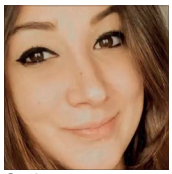
1. https://www.nationalgeographic.it/scienza/2020/04/siamo-circondati-dai-virus-ma-solo-alcuni-virus-rappresentano-una-minaccia;
2. https://books.google.it/books?id=RY3ZDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=it#v=onepage&q&f=false;
3. https://www.saluteh24.com/il_weblog_di_antonio/2021/05/vaccino-astrazeneca-segnalati-casi-di-sindrome-di-guillain-barre.html;
4. (https://www.aifa.gov.it/vaccino-janssen);
5. (https://www.aifa.gov.it/astrazeneca);
6. (https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31605-6/fulltext);
7. https://www.hivresearch.org/news/press-release/new-phase-1-clinical-trial-will-evaluate-whether-army-developed-adjuvant-boosts;
8. https://www.news-medical.net/news/20210315/27339/Italian.aspx;
9. https://www.news-medical.net/email-verify/?id=2c56633a45e141e4b6a2256a41d1c5a8&completed=true;
10. https://www.news-medical.net/news/20210921/COVID-19-deaths-in-US-surpass-1918-Spanish-Flu-pandemic.aspx;
11. https://www.ilmessaggero.it/salute/medicina/vaccino_cinese_sinopharm_oms_approvazione_efficacia_news_oggi_7_maggio_ultima_ora-5945374.html;
12. https://www.federfarma.it/Edicola/Filodiretto/VediNotizia.aspx?id=22659;
13. https://www.federfarma.it/Edicola/Filodiretto/VediNotizia.aspx?id=22941;
14. http://www.federfarmachannel.it/articolo.php?ida=2186;
15. http://www.federfarmachannel.it/articolo.php?ida=2187.

PROMUOVERE L'ACTIVE AGEING

Migliorare la qualità della vita con l'avanzamento dell'età



Liana Libera
DIANA



Carla
BURDI

L'incremento della prospettiva di vita ha creato la necessità di strutturare ed organizzare interventi di tipo biopsicosociale specifici per le caratteristiche degli anziani ai quali si rivolgono. Nel mondo, la percentuale di persone che ha più di sessantanni sta crescendo più di qualsiasi altra fascia d'età.
Tale trend è influenzato da fattori come la riduzione del tasso mondiale di fertilità accompagnato a un rapido incremento della longevità e al declino del tasso mondiale di mortalità (Beard, et al., 2011). L'aumento dell'aspettativa di vita rappresenta sicuramente un importante successo dell'umanità, però d'altra parte preme sulla necessità da parte dei governi e delle istituzioni di trovare modalità adeguate per rispondere alle necessità di tale fascia di popolazione.
A tale proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità , ha introdotto il concetto di invecchiamento attivo, inteso come "processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza degli anziani"; l'invecchiamento attivo consente alle persone di realizzare il loro potenziale fisico, sociale e mentale per tutto il corso della vita, per partecipare alla società secondo i loro bisogni, capacità e desideri, fornendo loro adeguata protezione, sicurezza e cura quando richiedono assistenza (OMS, 2002). Il termine "attivo" sta a sottolineare l'importanza di essere coinvolti nelle attività produttive, sociali, spirituali, culturali e civiche e non il mero mantenersi fisicamente attivi.
Alla base di un invecchiamento attivo vi sarebbero fattori macrosociali, di tipo economico, sociale e sanitario; ma anche aspetti di tipo comportamentale e personologico come le abilità di coping, l'autoefficacia, il comportamento prosociale e il pensiero positivo (Caprara, Fernandez-Ballesteros, 2015).
Molti lavori di letteratura si sono occupati di definire quali sono quegli elementi che favoriscono il benessere dell'anziano, in questo contesto ci si focalizzerà maggiormente sui fattori protettivi di natura psicologica.
Il benessere psicologico è il risultato dell'azione concomitante di più variabili che sono state riassunte nel modello multicomponenziale di Carol Ryff (1989), ampliato successivamente da Keyes nel 2005. Tale modello prevede i seguenti fattori:

- autoaccettazione, il riconoscere le proprie qualità sia positive che negative;
- crescita personale, percezione di se stessi come in continua crescita, apertura alle esperienze;
- autonomia, autodeterminazione e indipendenza;
- dominio sull'ambiente, senso di padronanza ed efficacia nella gestione dell'ambiente;
- scopo di vita, percezione che la propria vita abbia un significato;
- relazioni positive con gli altri, relazioni interpersonali caratterizzate dalla reciproca fiducia;
- integrazione, sentimento di appartenenza a un gruppo più esteso di quello familiare;
- coerenza, percezione organizzazione sociale;
- contributo, valutazione di essere utili e poter contribuire alla società;
- realizzazione, poter cambiare in meglio attraverso le modifiche del proprio ambiente sociale di appartenenza;
- accettazione, sentimento di fiducia nei confronti degli altri e atteggiamenti positivi.

Il benessere appare quindi non come un esito individuale, ma come influenzato dal contesto sociale e ambientale in cui l'anziano è inserito, da qui l'importanza di conoscere questo fenomeno e favorirlo attraverso la messa in pratica di interventi di natura psicosociale.

La conoscenza del benessere psicologico nell'anziano è possibile anche attraverso l'ausilio di strumenti di valutazione, uno dei quali, il questionario del benessere percepito (Ben-SSC), è stato standardizzato dal Servizio e Laboratorio di ricerca e formazione in psicologia dell'invecchiamento dell'Università di Padova. Il Ben-SSC, (De Beni et all,2008) permette di esaminare, in un'ottica positiva, i seguenti aspetti che sembrano influire sul benessere psicologico: la soddisfazione personale, relativa al passato e al presente e la prospettiva di apprezzarsi nella vita futura; le strategie di coping (fronteggiamento) e le competenze emotive nel riconoscere e comprendere le emozioni proprie e altrui e la soddisfazione di avere e gestire relazioni sociali soddisfacenti.
La promozione di un invecchiamento sano, la creazione di ambienti favorevoli, l'adeguamento dei sistemi sanitari alle esigenze di una popolazione sempre più anziana e l'incentivare buone pratiche quotidiane come l'attività fisica, sono gli obiettivi importanti da perseguire.
L'attività motoria è stata riconosciuta come un farmaco naturale in quanto, prevenendo stress e obesità, allunga le aspettative di vita di circa sette anni. Interventi volti a promuovere l'informazione relativa agli stili di vita sani per un "Invecchiamento Attivo" devono includere la partecipazione alla vita della famiglia e della comunità, una nutrizione con una dieta sana e bilanciata, l'esercizio fisico adeguato, evitare comportamenti rischiosi come il fumo e l'alcool. L'incremento della longevità rappresenta un grande traguardo, ma al contempo una considerevole sfida di sanità pubblica che richiede lo sviluppo di politiche integrate in grado di garantire le necessarie sinergie e convergenze di tutti i settori che concorrono al benessere della persona.
La promozione dell'invecchiamento attivo riguarda quindi la sfera individuale, ma anche quella sociale, il cui obiettivo principale è proprio quello di coinvolgere l'individuo nell'ambiente sociale di appartenenza; a tale proposito l'OMS suggerisce la necessità di rendere l'ambiente più età-solidale e creare delle città age-friendly.
Lo scopo delle città age-friendly è quello di favorire l'inclusione e la partecipazione degli anziani alla propria comunità favorendo il senso di autoefficacia e di utilità e conseguentemente i rapporti sociali; queste comunità permetterebbero all'anziano di vivere l'invecchiamento in maniera attiva e fornirebbero un supporto a coloro che per diverse difficoltà non riescono più a prendersi cura di se in autonomia e indipendenza. Infatti, le città age-friendly, non rispondono solo alle esigenze delle persone anziane ma anche di tutte le persone in una situazione di fragilità. Questo progetto del 2006, ha visto inizialmente una fase preliminare in cui sono stati valutati i servizi e le strutture che rendono una città adatta alle esigenze della popolazione anziana. Sono stati poi individuati quegli elementi, soprattutto di carattere urbanistico che facilitano la partecipazione dell'anziano alla vita di comunità.
La ricerca, condotta in 33 città usando un approccio partecipativo, ha confermato l'importanza per le persone anziane di poter accedere ai trasporti pubblici, agli spazi esterni e agli edifici, nonché la necessità di un alloggio adeguato, il sostegno della comunità e dei servizi sanitari; inoltre è risultata fondamentale la necessità di sostenere l'anziano nel ruolo di membro attivo della società per superare i pregiudizi sull'invecchiamento e per fornire maggiori opportunità di partecipazione civica e di occupazione.
Esempi di queste attività sono il volontariato sia con i pari, come ad esempio nei centri diurni, sia con i bambini, vi sono infatti molte associazioni che arruolano "nonni" come baby sitter. Successivamente, l'OMS ha creato una rete delle città age-friendly con lo scopo di favorire una maggiore comunicazione tra esse e fornire loro indicazioni per sviluppare politiche su questo tema anche a livello regionale e nazionale.
L'adottare politiche a favore dell'anziano attivo sarebbe non solo vantaggioso per la persona ma anche per la sua famiglia e la società: l'anziano si sente attivo e utile anche se non più lavoratore e a livello cognitivo continua ad esercitare delle funzioni che altrimenti andrebbero via via impigrendosi; a livello familiare il benessere è influenzato positivamente dalle condizioni dei parenti e a livello sociale assistiamo sia all'immenso contributo che può fornire la persona anziana nella trasmissione di conoscenze, tradizioni e cultura; e dall'altro alla riduzione dei costi pubblici relativi all'assistenza.
Nonostante i numerosi contributi forniti dagli anziani alla società, gli atteggiamenti negativi nei confronti degli anziani sono comuni in tutte le società. L'invecchiamento, in medicina, spesso è associato alla presenza di patologie e alla diminuzione dello stato di salute. Conseguentemente l'anziano viene associato, impropriamente, ai concetti di fragilità e disabilità, e nell'immaginario collettivo i pregiudizi, le discriminazioni e lo stereotipo (il modo di pensare) nei confronti delle persone sulla base della loro età (di anziano) è quello di individui non indipendenti e con deficit funzionali e/o cognitivi causando conseguenze particolarmente dannose sulla salute e sul benessere degli anziani.
L'ageismo viene definito come un processo sistematico di stereotipia e discriminazione contro le persone, per la loro condizione di essere anziane, allo stesso modo dei termini discriminatori di razzismo e sessismo.
Le persone anziane richiedono un accesso non di-

LA SCALA DELL'AUTOSTIMA DI ROSENBERG

La scala dell'autostima di Rosenberg, anche se inizialmente era destinata solo agli adolescenti, in seguito è stata adattata anche agli adulti. È composta da 10 affermazioni che girano intorno a quanto si valorizza la persona, e a quanto si ritiene soddisfatta di se stessa. Le 5 prime affermazioni sono formulate in forma positiva, le rimanenti 5 in forma negativa. Ogni affermazione positiva ha un punteggio che va da 1 (totalmente in disaccordo) a 4 (totalmente d'accordo), mentre le affermazioni negative hanno un punteggio inverso. Scegliere una delle risposte e sommare i punti.

1. Credo di essere una persona apprezzabile, almeno nella stessa misura degli altri
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
2. Sono convinto di avere buone qualità
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
3. Sono capace di fare bene le cose come la maggior parte delle persone
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
4. Ho un atteggiamento positivo verso me stesso
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
5. In generale, sono soddisfatto di me stesso
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
6. Sento di non avere molti motivi per essere orgoglioso
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
7. Solitamente, tendo a pensare che sono un fallito
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
8. Mi piacerebbe poter avere più rispetto per me stesso
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
9. A volte mi sento completamente inutile
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)
10. A volte sento di non essere una buona persona
(totalmente d'accordo = 4; d'accordo = 3; in disaccordo = 2; totalmente in disaccordo = 1)

- **La somma è inferiore a 15:** autostima molto bassa.
- **Il risultato è compreso fra 15 e 30:** il paziente ha un'autostima normale, anche se leggermente bassa.
- **La somma è pari a 30 punti:** l'autostima è equilibrata e salutare, propria di una persona soddisfatta con la sua vita ed emozionalmente stabile.
- **La somma finale è superiore a 30:** Il paziente ha un'autostima molto alta.
- **40 è il punteggio più alto:** questo dato indica che la persona ha un'autostima molto alta, cosa che potrebbe anche essere sintomo di qualcos'altro: il soggetto non ha consapevolezza reale di se stesso, si sta sopravvalutando o non è capace di riconoscere i propri errori e i propri limiti.

scriminatorio a servizi sanitari essenziali di buona qualità che includano la prevenzione, la promozione della salute, le cure, la riabilitazione, le cure palliative e di fine vita, medicinali essenziali e sicuri, cure odontoiatriche. L'accesso ad una assistenza a lungo termine di buona qualità è essenziale affinchè questi individui mantengano le loro capacità funzionali e vivano con dignità.

Nell'assistenza dei pazienti fragili e anziani il ruolo dell'infermiere si sta modificando e non solo a causa della pandemia da SARS-CoV-2.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità si concentra sui fragili, attiva i Servizi Sociali per gli aspetti di competenza e pianifica interventi personalizzati per i soggetti fragili per assolvere alle funzioni di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici individuali, in collaborazione con il MMG, di pianificazione e implementazione della funzione di coaching nei confronti del soggetto fragile e della sua famiglia, riguardante sia l'educazione terapeutica finalizzata all'assunzione di comportamenti sani, sia la promozione dell'auto-gestione delle eventuali malattie croniche. Qualora il paziente sia parzialmente o totalmente non autosufficiente, tale funzione è estesa all'educazione e al sostegno del caregiver.

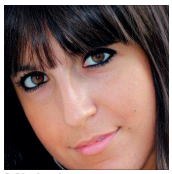
Gli aspetti qualificanti della valutazione saranno la prevenzione del rischio cadute, attraverso la valutazione del singolo e dell'ambiente di vita, il controllo della polifarmacoterapia, la valutazione dello stato nutrizionale.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.epicentro.iss.it/focus/mondiale_salute/gms_12;
2. https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing;
3. https://undocs.org/en/A/RES/75/13;
4. https://healthy-workplaces.eu/it/previous-campaigns/all-ages-2016-17/campaign-summary;
5. http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1703_allegato.pdf;
6. https://www.guidapsicologi.it/articoli/problemi-di-autostima-scoprilo-con-la-scala-di-rosenberg.

LA COMUNICAZIONE AI TEMPI DELLA COVID-19

Maria
ROMANAZZI


Michela
LACASELLA

È pensiero comune che il SARS-CoV2 rappresenta una minaccia per la specie umana. I virus fanno parte di ogni aspetto del mondo naturale, sono parassiti di tutte le cellule viventi. Sono considerati entità non viventi e possono replicarsi solo con l'aiuto di un ospite. Potremmo paragonare un virus a un pacco di geni racchiuso in una scatola di proteine, che nell'ambiente esterno è inattivo, ma quando entra in una cellula ne prende il controllo facendola diventare una fabbrica di nuovi virus e conseguenzialmente in molti casi la cellula muore. Eppure non sempre i virus sono dannosi, infatti, nel nostro corpo vivono stabilmente miliardi di microrganismi, senza causarci alcun danno. Batteri e virus residenti sono molto importanti per lo sviluppo delle nostre difese immunitarie e per mantenere l'equilibrio della flora batterica. Nella maggior parte dei casi, l'essere umano riesce a vivere in questo mondo pieno di virus rimanendo sostanzialmente sano.

Diversi studiosi affermano e concordano che i virus sono attenti nella scelta delle cellule da infettare, e solo una piccola parte di questi microrganismi rappresentano una minaccia per l'uomo. I virus fondati su RNA tendono a essere disordinati nel copiare e trasferire il proprio codice genetico, inserendo rapidamente delle mutazioni.

La maggioranza dei patogeni che hanno infettato, negli ultimi decenni, la popolazione umana, erano virus a RNA (SARS, MERS, Ebola, Zika, diversi virus influenzali e il SARS-CoV-2). Il SARS-CoV2/Covid-19 continua ad influenzare ancora la nostra vita personale, professionale ed, altresì, anche dal punto di vista di considerazioni bioetiche. Basti pensare, ad esempio, alla discussione sulla liceità o meno della obbligatorietà alla vaccinazione. Inizialmente sembrava un banale problema da sottoporre al legislatore per la sua soluzione, in considerazione della "vaccinazione di massa", per raggiungere l'obiettivo dell'immunità di gregge (almeno il 70-80% di tutta la popolazione dovrebbe essere vaccinata il prima possibile) che consentirebbe, ipoteticamente, ad affrontare, con un livello di rischio inferiore, le complicanze in caso di remote reinfezioni da una possibile nuova ondata nel periodo autunnale-invernale.

I cittadini hanno acconsentito e continuano ad acconsentire alla vaccinazione per una serie di motivazioni (ottenere il green pass, avere la possibilità di continuare a lavorare continuando così ad avere uno stipendio per il sostentamento personale e della propria famiglia, mancanza di ulteriori energie, più psichiche che fisiche, per poter affrontare un prolungamento di tale situazione che ormai si protrae da più di un anno, sensazione di smarrimento che spinge ad accettare qualsiasi soluzione pur di porre fine a tale emozione negativa, …) ma anche ascoltando le informazioni appropriate (promozione della salute, educazione sanitaria) che vengono fornite dagli infermieri nei luoghi di lavoro e di vita.

Infatti, nella società la percezione del rischio dell'infezione da SARS-CoV2/Covid-19, è legato prevalentemente alla comunicazione dei dati epidemiologici (numero di contagi, numero di ricoveri, numero di morti) che avviene continuamente in ogni momento della giornata con tutti i mezzi di informazione e di divulgazione (televisione, radio, giornali, …) e che inevitabilmente scatena l'emotività delle persone. Questo costante ed incessante bombardamento mediatico, molto forte, che alterna piccoli spiragli di positività a brusche ricadute nella disperazione e nella negatività più assoluta, sta ormai influenzando la vita di tutti in un modo talmente profondo che difficilmente si potrà tornare alla normalità (se così la si può definire) precedente.

Quello che più non si riesce a comprendere è che questo costante esperire di paura, angoscia, stress, rabbia distrugge lentamente tutti. Influisce su umore, sonno e, quindi, sul sistema immunitario, indebolendo così l'individuo e creando un facile passaggio per il virus stesso. L'impressione è che il Sars-CoV-2 sia il virus più mediatizzato della storia della medicina instaurando una paura ingiustificata, dovuta proprio all'emotività suscitata dalla comunicazione. Il tipo di messaggio che viene fatto passare tantissime volte al giorno, da più di 600 giorni, crea, o quanto meno influenza ed influenzerà, la realtà percepita di chi lo riceve. Ad esempio dire che ci sono 16.000 casi positivi su 325.000 test molecolari e antigenici effettuati crea una immagine ed una percezione della realtà negativa perché l'attenzione si focalizza solo sul numero di positivi (quasi sempre è utilizzato il termine infetti o malati e non positivi che ha un significato totalmente diverso) mentre, dire che ci sono 309.000 negativi su 325.000 test effettuati creerà una percezione differente (più positiva) della realtà che, con grande probabilità, influirà in modo positivo sulla vita psico-fisico-sociale dell'individuo. I mezzi di comunicazione non hanno fatto altro, e continuano a farlo, che accrescere la tensione sociale, portando la popolazione a dividersi a causa di divergenze di pensiero piuttosto che unirsi nel trovare una soluzione. L'impressione che ne consegue è di una gestione tra il terroristico (intimidire gravemente la popolazione) ed il paternalistico. Comunque i dati scientifici dicono che la sintomatologia che mostra questa malattia sembra sia più lieve, e nel contempo, gli operatori sanitari hanno imparato a curare meglio le persone contagiate, inoltre l'adozione delle misure di distanziamento fisico e l'uso di dispositivi di protezione individuale (mascherine, FFP, …) sicuramente hanno contribuito a ridurre il carico virale (anche se, d'altro canto, hanno peggiorato le relazioni sociali ed i rapporti umani in generale, hanno accentuato problematiche personali e/o sociali, ma anche economiche e finanziarie, hanno aumentato gravemente problematiche psicologiche come stati d'ansia, attacchi di panico, disturbi del sonno, depressione, e a volte anche sospensione o differimento di terapie mediche e di prestazioni diagnostiche). Altro dato positivo è che ci sono sempre più continui progressi con la ricerca farmacologica e dei vaccini. Infatti, per combattere il SARS-CoV2/Covid-19 esistono, al momento, diversi tipi di vaccini, in uso e/o in fase di sviluppo, ciascuno con diversi punti di forza, debolezze ed efficacia contro le varianti virali, che mirano a procurare una immunità attiva ai soggetti a cui è somministrato e comunque una possibilità di avere sintomi, causati dal virus, più lievi. Non si esclude, comunque, che il soggetto "vaccinato" possa essere un vettore del virus.

Le moderne tecniche di biologia molecolare oggi sono sempre più capaci di identificare detti microrganismi e nel contempo anche di preparare difese efficaci. Gli infermieri, attraverso l'educazione sanitaria e la promozione della salute, forniscono ai pazienti le informazioni di cui hanno bisogno per gestire e migliorare la loro salute. L'ambiente di lavoro di un infermiere facilita ed abilita un'interazione di routine con un paziente, trasformandola in un'opportunità per educare. La promozione della salute rappresenta il processo educativo attraverso il quale gli individui apprendono ad assumere in modo consapevole decisioni valide al mantenimento ed al miglioramento della propria salute. Trattasi di un processo che continua per tutte le tappe della vita, migliorando le abilità per la vita quotidiana. Chiaramente l'approccio educativo è quello maggiormente utilizzato e preferito nell'ambito della salute, dal momento che cerca di modificare i comportamenti e tutti quei fattori come gli atteggiamenti e le credenze che agiscono da mediatori per il comportamento. Per l'O.M.S. scopo dell'educazione alla salute è aiutare la popolazione ad acquisire benessere attraverso i propri comportamenti ed i propri sforzi fondandosi sull'interesse che ogni individuo manifesta per il miglioramento della propria condizione di vita e mira a far percepire agli individui, membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, come i progressi della salute derivano anche dalla loro responsabilità individuale. La comunicazione in ambito sanitario è un tema tanto complesso quanto importante, sia quando è diretta al singolo sia quando è rivolta alla collettività. Le strategie di comunicazio-

"Per l'O.M.S. scopo dell'educazione alla salute è aiutare la popolazione ad acquisire benessere attraverso i propri comportamenti ed i propri sforzi fondandosi sull'interesse che ogni individuo manifesta per il miglioramento della propria condizione di vita e mira a far percepire agli individui, membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, come i progressi della salute derivano anche dalla loro responsabilità individuale"

ne sono utilizzate al fine di informare, formare e influenzare le decisioni del singolo e della comunità, in modo corretto, con l'obiettivo finale del miglioramento della salute nonché rafforzare il rapporto fiduciario operatore sanitario-paziente e migliorare il dialogo tra Sanità Pubblica e stakeholder per mettere in atto le migliori strategie di salute possibili.
La Sanità Pubblica deve puntare all'empowerment del cittadino, inteso come "il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute". La comunicazione del rischio è un processo interattivo di scambio di informazioni e opinioni tra individui, gruppi e istituzioni, tra soggetti coinvolti in merito alla valutazione e alla gestione di un rischio per la salute. Persone che sicuramente hanno interessi diversi, ruoli diversi, competenze diverse (Stakeholder) e percezioni diverse. La divulgazione delle informazioni da una parte consolida il bagaglio conoscitivo, dall'altra facilita la condivisione aumentando la possibilità di fornire informazioni omogenee. Non è certamente il rischio di per sé, che indirizza il comportamento delle persone esposte, bensì è la percezione del rischio che influisce sui comportamenti protettivi.La percezione del rischio è ampiamente costruita sulle informazioni ricevute dai media, pertanto è fondamentale che la comunicazione sia basata su evidenze universalmente accettate in campo scientifico, sia chiara e semplice, fornendo informazioni comprensibili e possibilmente personalizzate in modo da consentire di decidere consapevolmente, riducendo il livello dell'emotività, evidenziando, altresì, i benefici che alcune scelte possono comportare. Al fine di evitare il rischio di distorsioni cognitive, di valutazioni e decisioni errate, ciascun individuo a cui sono diretti i messaggi deve ricevere le informazioni necessarie, comprenderle, capire che il messaggio riguarda anche lui, comprendere che si può incorrere in rischi se non si adottano adeguati comportamenti protettivi ed identificare le azioni da mettere in atto. Cioè una serie di passaggi, di natura percettiva, cognitiva e comportamentale, che possono ostacolare l'adozione dei comportamenti desiderati.
Infatti, spesso la valutazione fatta dagli individui non sempre concorda con la valutazione scientifica, in quanto la percezione individuale è influenzata dalla componente emotiva che porta a vedere i fatti come marginali rispetto alle emozioni.
Importante, quindi, stabilire rapporti di collaborazione positivi, proponendo e concordando con gli individui cosa loro stessi possono decidere di fare nelle diverse fasi dell'emergenza in modo che partecipino attivamente alla gestione del pericolo.
A tal fine è importantissimo accogliere, ascoltare, dimostrare empatia, comprensione per la preoccupazione che gli individui provano e solo dopo passare il messaggio informativo. Quando parliamo della comunicazione del rischio significa occuparsi di situazioni che riguardano la salute e la sicurezza, sia delle persone sia dell'ambiente, con le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti.

"La formazione degli operatori sanitari, nel caso di emergenze sanitarie, è fondamentale per una gestione partecipata dell'emergenza. Le attività formative rappresentano, infatti, un'occasione per condividere interventi realizzabili in diversi scenari e per perfezionare sia le competenze tecnico-scientifiche che le competenze comunicative e relazionali"

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Decreto-Legge 1° aprile 2021, n. 44 "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici". Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 28 maggio 2021, n. 76;
2. Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonchè in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
3. Jean Ziegler, "il mercato della fame e la rivolta delle coscienze", Arti Grafiche La Moderna, (RM), 2012;
4. https://www.nationalgeographic.it/scienza/2020/04/siamo-circondati-dai-virus-ma-solo-alcuni-virus-rappresentano-una-minaccia;
5. https://www.opira.it/wp-content/uploads/2017/10/Tesi_Basile_Elementari.pdf;
6. https://www.nationalgeographic.it/scienza/2020/04/siamo-circondati-dai-virus-ma-solo-alcuni-virus-rappresentano-una-minaccia;
7. Decreto-Legge 21 settembre 2021, n. 127 "Misure urgenti per assicurare lo svolgimento in sicurezza del lavoro pubblico e privato mediante l'estensione dell'ambito applicativo della certificazione verde COVID-19 e il rafforzamento del sistema di screening";
8. https://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviaria/pdf/DeMei2.pdf;
9. http://amsacta.unibo.it/4106/1/Linee_Guida_%282%29.pdf.

NURSING MANAGEMENT OF PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER (PICC)

Claudia
CARELLA

La salute è un bene primario. Il concetto di salute non appartiene solo alle scienze naturali, ma dipende anche da fattori culturali. Le diverse civiltà a cui l'uomo ha dato vita nel tempo hanno prodotto una differente percezione del significato e del valore della salute. A generare percezioni diverse della salute è poi anche la condizione sociale. Se in alcune aree geografiche alcune malattie vengono considerate facilmente affrontabili grazie all'acquisto di medicinali normalmente disponibili e abbordabili, in altre si possono trovare condizioni avverse e contrarie che rendono la percezione di quelle stesse patologie in modo molto diverso. La capacità di garantire un buono stato di salute o di ripristinare condizioni di vita normali dipende anche dall'evoluzione della scienza, delle tecnologie e degli affinamenti delle pratiche professionali medico-infermieristiche.
Tutto questo dimostra ancora una volta che il concetto di salute è relativo perché dipende largamente anche dal progresso scientifico. Infine il valore della salute dipende anche da quella speciale forma complessa di organizzazione sociale che è costituita dagli ordinamenti giuridici. La parabola evolutiva della tutela della salute nell'ordinamento italiano ha conosciuto nella costituzione il suo punto di svolta, anche se la concretizzazione di questa discontinuità si è realizzata gradualmente. E in particolare, l'articolo 32 comma 1 della costituzione stabilisce che la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. A determinare l'area entro cui il diritto alla salute si configura come un diritto alle prestazioni pienamente esigibile contribuisce la determinazione dei livelli essenziali di assistenza. L'importanza della definizione dei livelli essenziali è sottolineata dall'introduzione di questa materia nella costituzione per effetto della legge costituzionale n.3/2001.
L'utilizzo di questa locuzione risale alla legge introduttiva del servizio sanitario nazionale e in modo particolare all'articolo 3 della legge 833/1978. In effetti questa norma del 1978 prevedeva che attraverso i piani sanitari lo stato avrebbe definito le prestazioni da garantire a tutti i cittadini. In questa accezione emergeva dunque, la consapevolezza che i livelli di prestazione avrebbero dovuto costituire il contenuto dei diritti alla salute.
Dal momento che tra le cause che hanno ispirato tale riforma vi era anche il contenimento dei costi, il D.Lgs. n. 502/1992 aveva previsto che la determinazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria fosse correlata alla quantità delle risorse a disposizione, producendo pertanto un profondo cambiamento dell'impostazione del 1978.
Con la modifica dell'articolo 1 D.Lgs. 502/1992, avvenuta con il D.Lgs. n. 229/1999 in base alla quale all'articolo 1 comma 2 si stabilisce che i livelli essenziali e uniformi di assistenza sono definiti nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonchè della economicità delle risorse.
Ciò è ulteriormente confermato dall'articolo 1 comma 3 del D.Lgs. 502/1992, anch'esso modificato nel 1999, dove si legge che l'individuazione dei livelli essenziali è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario Nazionale. Ne discende che la determinazione dei livelli essenziali di assistenza concorre a delineare l'area della esigibilità del diritto alla salute. La ricerca continua del meglio da parte degli operatori, assieme alla costante richiesta del meglio

da parte del cittadino, ha impresso una forte accelerazione alla spinta verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e delle cure. Alla base di questa spinta vi sono motivazioni di diverso ordine: motivazioni economiche, motivazioni etiche, motivazioni normative, motivazioni di rispetto del cittadino, ragioni di sicurezza.
Cantarelli, nel modello delle prestazioni infermieristiche, declina una specifica prestazione infermieristica riferita all'instaurare un ambiente sicuro che, nell'accezione di prestazione infermieristica assunta dal modello conferisce all'infermiere una specifica responsabilità relativa alla sicurezza della persona assistita. Di fatto, oltre che a garantire l'appropriatezza della propria prestazione, l'infermiere garantisce la sicurezza dell'ambiente circostante la persona assistita.
La società italiana di ematologia (SIE) nella predisposizione e nell'attuazione del proprio sistema di gestione per la qualità, considera i seguenti riferimenti normativi dello standard UNI EN ISO 9001:2015 - Sistemi di Gestione per la qualità.
Attraverso il Sistema di gestione per la qualità, rendere ripetibili, oggettivi i processi interni ottenendo:

- garanzia del rispetto di ogni esigenza del cliente;
- garanzie del rispetto delle leggi, norme ed ogni altro requisito applicabili ai servizi erogati;
- possibilità di miglioramento delle prestazioni. Proporsi come referente qualificato verso i soci, le Istituzioni e gli altri interlocutori. Mantenersi costante l'attenzione alle esigenze dei clienti, impegnandosi per poterne dare seguito.

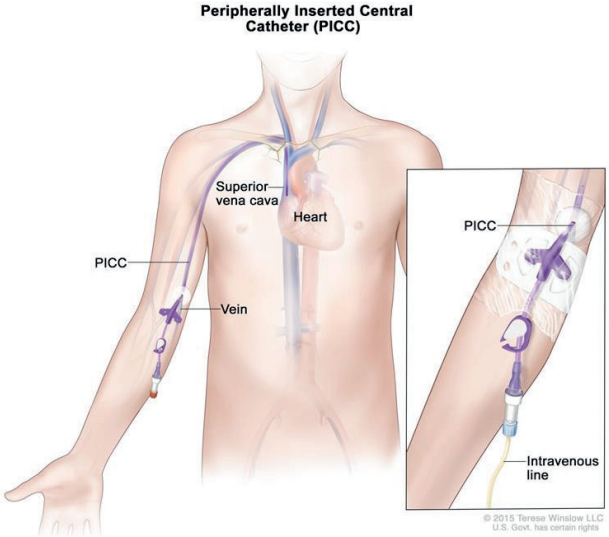
Al fine di perseguire il miglioramento continuo si utilizzano strumenti quali:

- l'analisi del contesto e dei fattori interni ed esterni;
- la valutazione del rischio;
- i riesami da parte della Direzione;
- le azioni correttive ed i piani di mitigazione dei rischi o di gestione delle opportunità.

Ogni singolo infermiere cerca di dare sempre piu un contributo importante alla valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica e al suo miglioramento continuo, ma tale contributo esprime il suo peso e aggiunge valore all'assistenza infermieristica erogata, nella misura in cui si somma a quello di tutte le persone coinvolte nella risposta ai bisogni di assistenza infermieristica.
L'infermiere è responsabile dell'educazione terapeutica del paziente portatore di un device vascolare: *L'educazione terapeutica dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. È finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute, per mantenere e migliorare la propria qualità di vita" (Rapporto OMS Regione Europa, 1998).*
L'educazione terapeutica è un processo di aiuto centrato sul paziente con una patologia cronica e sulla sua famiglia/caregiver.
L'obiettivo è creare un paziente/familiare competente fornendo:

- conoscenze di malattia, cura e prevenzione delle complicanze evitabili;
- abilità quali autonomia operativa (self-care) e autonomia decisionale (empowerment);
- comportamenti quali capacità di convivere con la malattia (in questo caso un device vascolare) attraverso opportune strategie di coping e collaborazione con i servizi (alleanza terapeutica).

L'educazione comprende attività organizzate di informazione, formazione e supporto psicologico.
Gli infermieri che curano il processo di educazione terapeutica sono tenuti a tracciare nella documentazione sanitaria (la cartella infermieristica) tale attività. Gli infermieri che gestiscono i PICC nei pazienti



portatori dello stesso, devono essere continuamente aggiornati seguendo le linee guida, i protocolli e le procedure assistenziali. I PICC sono cateteri venosi centrali ad inserzione periferica ad alta biocompatibilità prodotti in poliuretano o silicone, di lunghezza variabile (40-60cm), a punta aperta o con valvola. Nei cateteri con valvola questa può essere situata in posizione distale (valvola di Groshong) o nella parte prossimale del catetere. Inseriti con ecoguida in una vena periferica dell'arto superiore (basilica, brachiale, cefalica, ascellare) raggiungono una posizione centrale. Il calibro del catetere è compreso fra i 3 Fr e i 6 Fr con possibilità di lumi multipli (1 – 2 – 3) per i cateteri di calibro maggiore. I poliuretani di ultima generazione hanno permesso la produzione di cateteri venosi PICC power injectable.
Tali dispositivi sono in grado di sopportare alte pres-

sioni infusionali (fino a 325 PSI) e alti flussi. L'insieme di tutte queste caratteristiche rende il PICC estremamente versatile e quindi utilizzato nei vari setting ospedalieri (terapie intensive – degenze - day service di ematologia e non solo) e territoriali (hospice – domicilio - RSA). Oltre ai cateteri ad inserzione periferica tradizionali oggi sono disponibili anche dispositivi con caratteristiche particolari come i PICC con cuffia e i PICC medicati. I PICC con cuffia si differenziano dai dispositivi tradizionali per la presenza di una cuffia in dacron situata nel tratto prossimale del catetere che viene collocata nel sottocute del paziente tramite tunnellizzazione.

La cuffia stabilizza il catetere senza dover ricorrere all'utilizzo di un fissaggio sutureless. La scelta del catetere è basata principalmente su una serie di fattori che prevedono la tipologia dei farmaci infusi, l'ambito, la modalità e la durata d'utilizzo. I PICC permettono di eseguire ripetuti prelievi ematici. Il catetere PICC nasce come dispositivo a breve-medio termine ma, in caso di necessità e in assenza di complicanze, il device può essere lasciato in situ per periodi anche maggiori (da poche settimane a 4-6 mesi). Il suo utilizzo è consentito sia in ambito ospedaliero sia al domicilio per terapie continuative o discontinue. Se previsto un utilizzo per un tempo non definito si consiglia il PICC tunnellizzato cuffiato (nei pazienti in cui è richiesto un accesso venoso a lungo termine, usare un dispositivo per accesso venoso centrale tunnellizzato cuffiato (Loveday H, 2014). Utilizzare cateteri venosi centrali cuffiati e tunnellizzati in pazienti con necessità di terapia infusionale a lungo termine intermittente o continua (terapia antineoplastica, nutrizione parenterale) (Chopra V., 2015; Bullock-Corkhill M., 2010; Moller T, 2010).

Il posizionamento di un PICC, vista l'assenza di complicanze intraprocedurali significative e le nuove tecnologie (ecografo portatile - dispositivo elettrocardiografico - kit d'impianto) a supporto tale procedura, può essere eseguita direttamente al letto del paziente in ospedale, in un ambulatorio dedicato o al domicilio. Controindicazioni: i cateteri venosi centrali con accesso periferico non sono da posizionare nelle aree di precedenti stravasi, evitare arti con linfedema o sottoposti a linfoadenectomia, arti potenzialmente sottoposti ad intervento chirurgico, con fistola artero-venosa o potenziale confezionamento, arti paretici o sede di radioterapia, vene di calibro non sufficiente, alterazioni cutanee come dermatiti, cicatrici, processi infiammatori (INS, 2016).

Da valutare il posizionamento del PICC in pazienti con insufficienza renale cronica. Il risparmio del patrimonio venoso in questi casi risulta essere fondamentale nel caso in cui il paziente sia candidato al confezionamento di una fistola artero-venosa. Evitare i PICC nei pazienti con insufficienza renale cronica per via del rischio di stenosi e occlusione della vena centrale, oltre al rischio di impoverimento delle vene periferiche in vista di future fistole artero-venose (INS, 2016).

Complicanze: in base al momento e al tempo d'insorgenza si classificano in complicanze immediate, precoci e tardive. Le complicanze immediate sono solitamente legate alla venipuntura e sono circostanze assai rare con l'utilizzo dell'ecografo. Venipunture multiple e fallimento della manovra sono solitamente da attribuire ad un insufficiente adde-

stramento dell'operatore. La puntura accidentale del nervo mediano è la complicanza più grave poiché può portare ad un danno funzionale di entità variabile, in base al tipo di lesione e di durata transitoria o permanente. Invece la puntura del nervo cutaneo mediano del braccio solitamente non provoca danni clinici rilevanti.
La puntura dell'arteria brachiale è una complicanza ormai rara grazie all'utilizzo dell'ecografo che ne permette la facile identificazione e la sua risoluzione. In caso di puntura accidentale è indicata la sospensione della manovra, eseguire medicazione compressiva e osservazione della zona per possibile formazione di ematoma più o meno intenso in base alle condizioni cliniche del paziente (valutazione dell'assetto coagulativo/terapia in corso con anticoagulanti). Altra complicanza in corso d'impianto è la difficoltà nella progressione del catetere fino alla giunzione cavo-atriale. Tale problematica, se non risolta, vanifica l'impianto. Può essere dovuta ad un'ostruzione parziale o totale dell'asse venoso ascellare-succlavio o da un angolo particolarmente acuto tra l'asse della succlavia e quello dell'anonima. Le complicanze precoci (dolore, stillicidio ematico, ematomi) si verificano tendenzialmente nelle prime 24-48 h; le complicanze tardive (infezioni e trombosi) si manifestano in corso di gestione.
Tra le complicanze tardive troviamo anche le complicanze di natura meccanica come occlusioni, dislocazioni e rotture/fissurazioni del catetere.
I PICC evitano molti dei rischi associati all'inserimento dei CICC, come la lesione dei vasi del collo o del torace e lo pneumotorace. Tuttavia, i PICC non sono privi di rischi. Una revisione sistematica con metanalisi ha evidenziato che i PICC erano associati ad un rischio più elevato di trombosi rispetto ai CICC (Chopra et al, 2013). Il rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione delle trombosi da catetere (GAVeCeLT 2012) porta ad una diminuzione del rischio trombotico che risulta sovrapponibile a quello dei CICC. I tassi di infezione del torrente ematico (Bloodstream Infection – BSI) con i PICC sono equivalenti ai CICC (Chopra et al, 2013c).
Il Nursing management of peripherally inserted central catheter prevede un attento monitoraggio dello stesso da parte dell'infermiere e del medico.
Una corretta gestione di questo catetere, prevede la cosiddetta tecnica di asepsi della cute con garze sterili imbevute di antisettico (preferibilmente clorexidina 2%) sol. Alcolica, con movimenti circolari partendo dal punto di inserzione del catetere verso l'esterno; coprire la parte distale del catetere e il sistema di fissaggio con cerotti semipermeabili trasparenti. In sintesi quindi, l'analisi, la valutazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica non possono prescindere:

- Dal coinvolgimento della dirigenza infermieristica: la valutazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica sono scelte strategiche e non possono non appartenere ed essere declinate dalla direzione infermieristica.
- Dal coinvolgimento di tutti gli infermieri: fondamentale per conseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza infermieristica e quindi cambiamenti concreti e duraturi. Il coinvolgimento di tutti gli infermieri deve realizzarsi non in modo coercitivo, bensi attraverso azioni di sensibilizzazione alla qualità e di promozione della comunicazione interna, irrinunciabile leva di attivazione del cambiamento.

"La valutazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica sono scelte strategiche e non possono non appartenere ed essere declinate dalla direzione infermieristica"

BIBLIOGRAFIA

1. Cantarelli M "Il modello delle prestazioni infermieristiche", Masson, Milano, 1996, p 122;
2. Alexander M, Gorski L, Corrigan A, Bullock M, Dickenson A, Earhart A. Technical and clinical application. In: Alexander M, Corrigan M, Gorski L, Phillips L, eds. Core Curriculum for Infusion Nursing. 4th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2014:1;
3. https://www.altalex.com/documents/news/2019/02/07/ccnl-comparto-sanita-2016-18-incarichi-funzionali;
4. Il dirigente delle professioni sanitarie, ruolo e prospettive nel contesto della pubblica amministrazione. R.Alvaro, G.Antonetti, M.Guerrieri Wolf, M.Petrangeli. II Edizione Edises;
5. "Manuale di diritto sanitario" fabio Giglioni edizione 2020;
6. "attività sanitaria e responsabilità civile" di Ezio Gueriononi, materiale didattico Unitelma Sapienza;
7. Nursing clinico. Tecniche e procedure di Kozier.II edizione;
8. Chantal Moiset, Marina Vanzetta " la qualità nell'assistenza infermieristica. Definizione, misura, analisi, valutazione e miglioramento continuo";
9. https://gavecelt.it/nuovo/biblioteca/linee-di-indirizzo-regionali-sulla-buona-pratica-di-cura-degli-accessi-vascolari-emilia. LINEE GUIDA picc 2021;
10. https://siematologia.it/ (società italiana di ematologia).

ASSISTENZA AL BAMBINO CON FEBBRE DA NEUTROPENIA CHEMIO-INDOTTA

Interventi di educazione terapeutica rivolti alle famiglie

Arianna
CASOTTA

Importante il ruolo dell'infermiere nel reparto di oncoematologia. Egli eroga assistenza di tipo tecnico e psicologico, sia al paziente, sia alla famiglia, occupandosi dello stesso anche quando viene dimesso, attraverso l'educazione terapeutica.

Molti sono bambini che, ogni anno, viene diagnosticato il cancro, e sebbene i tassi di sopravvivenza a 5 anni ora superino l'80%, molti bambini continuano a soccombere alla malattia dopo aver superato questo traguardo, rendendo il cancro la principale causa di morte correlata alla malattia durante l'infanzia.

A seconda del tipo di cancro e della risposta al trattamento, una diagnosi può avere conseguenze diverse per i bambini e le famiglie in termini di mortalità, carico di malattia e angoscia, poiché il cancro rappresenta per il paziente e per la sua famiglia una prova esistenziale, che chiama in causa tutti gli aspetti della vita, obbligando il paziente a sfidare la vita nei pensieri, negli affetti e nei rapporti con il suo organismo, generando scissioni, frammentando organi ed emozioni.

Il momento della diagnosi rappresenta una fase di "shock", in cui predominano sentimenti di paura e angoscia; avviene una sorta di "paralisi emotiva" che porta ad adottare meccanismi come quello della negazione, evitare, cioè, la consapevolezza del proprio stato patologico attraverso il rifiuto dei dati oggettivi. Al periodo della diagnosi segue un periodo di "reazione" in cui il paziente inizia ad esprimere le proprie emozioni: rabbia, disperazione, angoscia, tristezza, perdita del piacere e della gratificazione, comportamenti infantili e atteggiamenti aggressivi, nonché una continua ricerca di informazioni relative alla malattia.

La fase di reazione prosegue con la fase di "elaborazione e accettazione", in cui si cerca di dare significato a ciò che si è verificato nella propria vita, e quindi di accogliere l'esperienza della malattia nella propria esistenza. Prevalgono sentimenti di demoralizzazione e depressione in seguito alla fine dei trattamenti subiti e nelle fasi di check-up, durante le quali può presentarsi la paura per la comparsa di una recidiva, che dev'essere tenuta sotto controllo con maggior prevenzione e vigilanza dei sintomi.

La fase di "riorganizzazione" rappresenta l'ultimo stadio, in cui si avvia il tentativo di ristabilire un equilibro e un riadattamento rispetto alle perdite subite. Generalmente la malattia può assumere in ogni individuo vari significati a seconda della propria storia e della propria personalità: se la malattia, ad esempio, viene percepita come una "punizione", il paziente reagisce con comportamenti di rassegnazione; se invece prevale la percezione che il cancro sia "un ospite sgradito" le modalità di reazione saranno accettazione della sfida e volontà di non mollare.

I bambini affetti da patologia oncoemeatologica sono spesso sottoposti a lunghi periodi di degenza e a trattamenti invasivi che li portano a sperimentare stati di disagio, inadeguatezza e vulnerabilità. Le esperienze che vivono durante il percorso di cura possono causare manifestazioni aggressive e vissuti emotivi che possono determinare conseguenze sullo sviluppo psicosociale come pure nell'ambito dell'adattamento del bambino, in quanto il periodo di estrema fragilità dell'intero nucleo familiare, che segue all'esordio di una malattia neoplastica, favorisce l'emergere di condizioni particolari:

- in primis, il rischio da parte del bambino di non sperimentare importanti fasi precoci dello sviluppo psicomotorio;
- segue l'improvvisa destabilizzazione del clima familiare e l'interruzione dei ritmi di vita necessari

per l'acquisizione di sicurezze future;
- infine, i lunghi periodi di isolamento della coppia mamma/bambino (dovuti ai periodi di ospedalizzazione).

Per questo è stato a lungo riconosciuto che il cancro infantile trasmette una serie di impatti sullo sviluppo psicosociale, a livello individuale, familiare e comunitario. Indipendentemente dall'età e dallo spettro di capacità del bambino prima della diagnosi, i frequenti ricoveri, i protocolli di trattamento intensivo multimodale e il carico socio-emotivo dell'esperienza della malattia mettono a rischio, rallentano, regrediscono o accelerano il percorso di sviluppo del bambino.

Prendersi cura del bambino oncologico è indubbiamente uno degli ambiti più difficili dell'intera assistenza infermieristica, in cui ci si trova non solo a doversi rapportare con un bambino malato che potrebbe non farcela, ma ci si trova anche a doversi rapportare con i suoi familiari, rassicurandoli e supportandoli in un momento delicato come quello che stanno vivendo. Dunque è proprio l'infermiere, in quanto perno dell'équipe di cura, a dover fare da tramite tra il bambino e i suoi genitori, da coinvolgere come partner preziosi riguardo ciò che li attenderà da quel momento in avanti.

È un ambito in cui l'infermiere si trova a dover garantire al piccolo paziente un benessere sia fisico, psichico e sociale, trovandosi a dover mobilitare tutte le sue strategie di adattamento, che si ripercuotono a lungo termine anche sul suo stato d'animo, motivo per il quale lo stesso professionista deve partire da una presa di consapevolezza del proprio vissuto rispetto ai concetti di sofferenza e morte, al fine di non soccombere a sua volta all'enorme carico emotivo che si trova a sostenere.

L'infermiere diventa infatti l'interlocutore privilegiato del bambino che affida a lui quelle che sono le sue paure, che vanno quindi accolte, così come la fiducia che ne è alla base per essere poi reindirizzate in termini di voglia di reagire e combattere la malattia, fungendo da raccordo con gli altri professionisti del team multidisciplinare e sviluppando una corretta mentalità palliativa che gli permetta di garantire durante tutto il percorso una buona qualità di vita al piccolo paziente.

È possibile affermare che l'assistenza al bambino con tumore è considerata oramai una pratica molto frequente che richiede una formazione adeguata. Perciò è indispensabile per tutti i professionisti sanitari, e in particolare per l'infermiere, porre attenzione ai bisogni manifesti e non manifesti del paziente, durante tutta la degenza ed oltre. Quindi, l'assistenza infermieristica va oltre il concetto che letteralmente esprime, ossia stare accanto, ma compito dell'infermiere è assistere il paziente anche quando viene dimesso e si trova a gestire la propria malattia a domicilio.

Uno degli interventi attuabili è l'educazione terapeutica, importante intervento infermieristico anche se poco considerato nella pratica clinica; spetta dunque all'infermiere, dare ai familiari una solida formazione riguardo gli effetti delle terapie antitumorali sul sistema immunitario del bambino e su come questi possano determinare infezioni gravi tali da minacciare la vita del loro figlio.

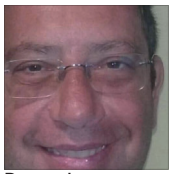
Chi lavora con bambini sottoposti a chemioterapia deve essere in grado di riconoscere segni e sintomi di infezione, in particolar modo sapere agire tempestivamente nel trattare la febbre da neutropenia che si verifica nei pazienti immunocompromessi dando risposte adeguate, e supportando la famiglia nello sviluppo di conoscenze ed abilità per la gestione delle cure a domicilio.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Mangiacavalli – A. M. L. Pulimeno – B. Mazzoleni – G. Cicolini – C. Cicia – N. Draoli – F. Vallicella, Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, Aprile 2019;
2. Moretto, Educazione terapeutica del paziente tra competenze e contesti di cura: riflessioni sul ruolo dell'educatore professionale, in Journal of Health Care Education in Practice, Novembre 2019;
3. Agazzi - P. Barboncini – O. Meneghetti – M. Rota – A. Lorenzini – M. Guindiani – L. Leni, "L'evoluzione delle competenze tecnico specifiche ed etico -deontologiche dell' infermiere nel rinnovato scenario del servizio sanitario ", in Buone pratiche e qualità dell'assistenza, 2008;
4. F. Laveder, L'educazione terapeutica: una risorsa per malati e curanti, in La collana Ricerche, 2001;
5. F. Maggio, Dire non dire non saper cosa dire: il valore del supporto psicologico nella malattia oncologica, in Associazione Luna Dolce Emanuela Brancati Onlus, 2006;
6. Numico - M. Rossi, La Chemioterapia, in La collana del girasole in AIMAC, Ottobre 2017;
7. Campagna, Assistenza infermieristica al bambino oncologico, in Nurse 24, Novembre 2016;
8. M. Territo, Neutropenia, in David Geffen School of Medicine at UCLA, Gennaio 2020;
9. Carrai - G. Giovenco - M. Silvestri - F. De Luca, Assistenza infermieristica in un paziente sottoposto a trattamento chemioterapico, in Problematiche e prospettive infermieristiche in oncologia;
10. https://www.airc.it;
11. https://www.aimac.it;
12. https://www.fnopi.it;
13. http://www.ospedalebambinogesu.it;
14. http://www.cancer.org;
15. http://www.cancer.net;

RISCHIO DI ESPOSIZIONE A LEGIONELLA IN AMBIENTI DI LAVORO

Procedure di prevenzione e controllo della Legionellosi



Domenico
CIMARUSTI

Vincenzo
INGLESE

La Legionella nelle strutture sanitarie rappresenta un serio rischio per la salute delle persone che frequentano questi luoghi, soprattutto laddove in tali ambienti lavorativi siano presenti ed in funzione impianti di condizionamento e/o sistemi di umidificazione, di trattamento dell'aria, di ricircolarizzazione dell'acqua. La normativa riguardante la Legionella in Italia prevede alcuni specifici obblighi da seguire. Il quadro normativo italiano fa riferimento sia al D. Lgs. 81/2008 (Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) sia alle Linee guida ufficiali del Ministero della Salute, dove sono esplicitamente sanciti gli obblighi e le responsabilità dei Datori di Lavoro nei confronti della prevenzione del rischio Legionellosi. Detti riferimenti normativi prevedono una serie di misure e indicazioni a cui devono attenersi i Datori di Lavoro per prevenire anche i rischi di contagio da Legionella negli ambienti di lavoro. Il D. Lgs 81/2008 disciplina la sicurezza e la salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro, esaminando tra l'altro i reali rischi derivanti dalla Legionella. In particolare il "Titolo X (art. 267) e l'allegato XLVI" trattano l'esposizione ad agenti biologici e la loro classificazione. Secondo tale classificazione i tre agenti biologici appartenenti al gruppo Legionella (Fluoribacter bozemanii, Legionella pneumophila e Legionella Spp) fanno parte del gruppo 2, ovvero "un agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaga nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche".

Ai sensi del Testo Unico in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (D. Lgs 81/2008 e s.m.i.), il Datore di Lavoro ha l'obbligo di valutare il rischio effettivo di Legionella in tutti i luoghi di lavoro sotto la propria responsabilità (articoli 17, 28, 29, 271) nonché sottoporre questi ultimi ai trattamenti anti-legionella prescritti (art. 272). Negli impianti idrici e di climatizzazione e nei sistemi di distribuzione dell'acqua, la colonizzazione della legionella può essere gestita soltanto con un'attenta opera di prevenzione che metta in atto tutte le strategie mirate a ridurre la possibilità di trasmissione.

Le misure di controllo e di prevenzione delle infezioni da legionella consistono essenzialmente in una buona progettazione e realizzazione degli impianti, ma anche in una manutenzione e sanificazione periodica degli stessi. I punti fondamentali, che qualsiasi azienda deve seguire, per essere al sicuro e considerarsi a norma di legge, riguardano: l'analisi della Legionella; l'elaborazione del relativo DVR della Legionella; l'istituzione dell'apposito registro per gli interventi di gestione ordinari e straordinari degli impianti; degli interventi di bonifica; dei trattamenti di prevenzione; e dell'attestazione degli adempimenti alle linee guida del Ministero della Salute e certificato di avvenuto controllo.

Il Documento di Valutazione del Rischio (DVR) Legionella, elaborato a seguito della periodica Valutazione del Rischio Legionella in una struttura sanitaria, evidenzia i rischi per la salute e per la sicurezza nonché le necessarie e consequenziali misure di prevenzione messe in atto all'interno dell'azienda e sul luogo di lavoro. Il DVR rappresenta il punto di partenza da cui dipende tutta la gestione del rischio Legionella all'interno di una struttura sanitaria. La Legionella è un batterio che non può essere eliminato completamente.

Si riproduce velocemente nelle condizioni ideali, non si elimina mai del tutto, ma può essere facilmente tenuta sotto controllo. L'infezione da Legionella non si trasmette da persona a persona, ma

viene trasmessa da flussi di aerosol e di acqua contaminata, come nel caso di ambienti condizionati o con l'uso di umidificatori.
La Legionella è un batterio ubiquitario, naturalmente presente in diversi ambienti acquatici sia naturali che artificiali e si trasmette all'essere umano attraverso l'inalazione di aerosol contaminati (goccioline d'acqua di diametro inferiore a 5 micron). Il batterio si riproduce soprattutto in ambienti umidi e tiepidi come i sistemi di tubature, i condensatori, le colonne di raffreddamento dell'acqua, sui quali forma proprio un film batterico.
Depositi di materiali sulle superfici dei sistemi di stoccaggio e distribuzione delle acque, sedimenti organici agevolano l'insediamento della Legionella. La legionellosi è un serio problema di salute pubblica, perché è un fattore di rischio in tutte le situazioni in cui le persone sono riunite in uno stesso ambiente, come avviene in strutture sanitarie, residenze per anziani, piscine e altri luoghi pubblici, nei quali è in funzione un sistema di condizionamento, di umidificazione o di trattamento dell'aria o di ricircolarizzazione delle acque. Il contagio da batterio Legionella può dar luogo alla legionellosi, malattia infettiva abbastanza grave che si manifesta con polmonite, febbre e seri danni all'apparato respiratorio e che, in alcuni casi, può avere conseguenze anche letali.
Per ridurre la proliferazione del batterio da un impianto idrico non basta procedere solo con lo shock termico. Per un'efficace prevenzione, molte volte, sono necessari ulteriori trattamenti anti-legionella [(ad esempio: iperclorazione shock; ionizzazione rame-argento; Biossido di Cloro; disinfezione con perossido di idrogeno e ioni argento; Raggi U.V.; bonifica periodica e programmata dei punti critici (accumuli di acqua fredda e boiler)].
La prevenzione della Legionella deve essere inserita all'interno di un complesso specifico protocollo di gestione ed intervento che preveda monitoraggio ambientale costante, regolari interventi di bonifica ed una valutazione adeguata degli interventi necessari alla riduzione del rischio contagio.
Certamente la microfiltrazione è un intervento che consente di rimuovere la Legionella dall'acqua in uscita al punto di utilizzo. Si tratta di una soluzione localizzata abbastanza efficiente, oltre che facile da installare. Tuttavia, affidarsi a filtri antibatterici ed anti-legionella, per quanto valida, è una soluzione che tampona il rischio legionella senza andare a risolvere il problema a monte con una buona ed adeguata prevenzione.
Al fine di prevenire la proliferazione incontrollata della Legionella si ritiene opportuno mettere in campo alcune azioni efficaci di controllo ed intervento, che consentano di rendere le condizioni degli impianti inospitali per il batterio [(ad esempio: attività di pulizia, disincrostazione e decalcificazione periodica di impianti, tubature e serbatoi dell'acqua calda; evitare che si formino ristagni d'acqua negli impianti prevedendo un ricircolo di acqua; eliminazione di tutti i rami ciechi presenti in un impianto; eseguire un flussaggio periodico (meglio se ogni settimana) delle utenze, così da rendere regolare il flusso d'acqua; controllare periodicamente lo stato dei filtri ed eventualmente procedere alla sostituzione; coibentare ed isolare le tubazioni di acqua fredda poste parallelamente a quelle dell'acqua calda, per evitare cross contaminazioni].
Le attività (interventi periodici di bonifica e disinfezione, per evitare una contaminazione da Legionella, pianificate in base al DVR) per il controllo, la prevenzione e la bonifica da Legionella sono attività specifiche che richiedono macchinari e attrezzature professionali ed avanzate nonchè personale specializzato per attuare tutti gli interventi necessari come i cosiddetti interventi shock (trattamenti di bonifica boiler con serpentino interno; bonifica accumuli di acqua calda con scambiatore esterno; bonifica di accumuli acqua fredda; disinfezione rete idrica - trattamento anti-biofilm e iperclorazione) con una serie di attività di ripristino e bonifica degli impianti idrici ed aeraulici compromessi dai batteri della Legionella e conseguentemente pianificare trattamenti di disinfezione in continuo, assicurandosi un costante controllo dei batteri Legionella e il mantenimento nel tempo dell'igienicità raggiunta con gli interventi shock di bonifica con interventi di natura tecnica di tipo fisico (sanificazione termica) o i raggi ultravioletti o chimico (sfruttare l'azione di agenti chimici ossidanti, non ossidanti e ioni metallici in base al caso).
Secondo il Titolo X del D. Lgs 81/2008 e s.m.i., la Legionella va considerata come un agente biologico del gruppo 2. Trattasi di un tipo di patogeno in grado di provocare malattie nell'uomo, anche con esito

"La prevenzione della Legionella deve essere inserita all'interno di un complesso specifico protocollo di gestione ed intervento che preveda monitoraggio ambientale costante, regolari interventi di bonifica ed una valutazione adeguata degli interventi necessari alla riduzione del rischio contagio"

fatale, e che, quindi, costituisce un rischio per i lavoratori. Perciò, il Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro sancisce l'obbligo di effettuare la valutazione del rischio biologico da Legionella. In particolare, nell'art. 271 viene espressamente riportato che tale responsabilità ricade sul datore di lavoro per ogni sito di lavoro che si trovi sotto la sua tutela. Dunque, il datore di lavoro deve provvedere a:

- Effettuare la valutazione del rischio legionella, tenendo in considerazione ogni informazione a disposizione sulle caratteristiche del patogeno e sulle modalità lavorative che ne determinano l'esposizione;
- Applicare tutti i principi previsti di buona prassi microbiologica;
- Adottare tutte le misure preventive e protettive possibili, in relazione al rischio così come da valutazione (DVR legionella);
- Revisionare la valutazione del rischio ogni volta si verifichi una modifica importante dell'attività lavorativa o degli impianti idrici o aeraulici;
- Minimizzare il rischio legionellosi, qualora la valutazione accerti una potenziale minaccia per la salute e la sicurezza dei lavoratori.
- Attuare tutte misure e le procedure idonee di tipo tecnico, organizzativo ed igienico secondo indicazioni contenute nelle Linee guida ministeriali.

Negli ambienti indoor (ambienti confinati di lavoro non di tipo industriale), la corretta prevenzione dal rischio legionella passa inevitabilmente da controlli costanti; manutenzione ordinaria regolare degli impianti di condizionamento, climatizzazione e umidificazione dell'aria; pulizia specifica e periodica dell'impianto idrico in ogni sua parte (compresi filtri, tubature e serbatoi); trattamenti di controllo e disinfezione di legionella dall'acqua, laddove necessario; monitoraggio periodico della presenza di legionella. Il monitoraggio e la conseguente valutazione del rischio legionella nelle aziende dev'essere fatta con una certa regolarità.

La valutazione del rischio, sicuramente, è solo una delle tre fasi del "Protocollo di Controllo del Rischio Legionella", che comprende anche la Gestione e la Comunicazione del rischio. Per quanto attiene alla valutazione, questa attività è finalizzata all'elaborazione di un DVR, obbligatorio per legge, che deve essere accurato e dovrebbe contenere informazioni indispensabili a individuare tempestivamente ogni potenziale condizione di proliferazione batterica, stimare il potenziale impatto causato dagli impianti a rischio sulla salute dei lavoratori in un ambiente dove lavorano; definire ed implementare le misure volte a minimizzare e contenere il rischio.

La legge prevede che il DVR Legionella vada redatto periodicamente, con una cadenza di almeno due anni.

Il Datore di Lavoro è obbligato a produrre tale documento. In caso di mancato adempimento della messa a norma della propria struttura, si rischiano severe sanzioni. Inoltre, insieme al DVR Legionella deve esserci anche il Registro di autocontrollo Legionella (Registro degli interventi). Questo documento è indispensabile, al pari del DVR, poiché in esso viene riportata ogni attività di manutenzione, sia di tipo ordinario che straordinario, eseguita sugli impianti idrici e di climatizzazione al fine di verificare la presenza o meno di legionella.

Trattasi di un documento dinamico che riporta lo svolgimento cronologico di tutte le operazioni effettuate per ridurre al minimo il rischio Legionella come, ad esempio attività di manutenzione ordinaria e straordinaria; interventi di bonifica; operazioni di pulizia e disinfezione, nonchè qualsiasi modifica intervenuta sulla conformazione degli impianti della struttura in esame. Il registro va aggiornato periodicamente da parte di un Responsabile designato all'interno dell'Azienda.

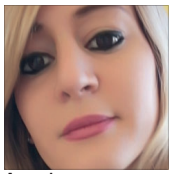
Gli interventi operativi sono, sicuramente, di competenza del personale del ruolo tecnico e non del personale del ruolo sanitario (Infermieri, Medici, …) che, in questo momento storico, è anche fortemente impegnato nell'emergenza sanitaria da SARS-CoV2/COVID-19 e nelle numerosissime relative attività, in ottemperanza ai numerosi connessi DPCM, alle numerosissime Ordinanze, Circolari e Direttive Ministeriali e Regionali circa le misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

BIBLIOGRAFIA

1. Linee di indirizzo per la prevenzione della diffusione della Legionella a cura del gruppo CIIP (Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione), Febbraio 2020;
2. Deliberazione della Giunta Regionale 24 luglio 2018, n. 1333 - Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 maggio 2015 sul documento recante "Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi". Recepimento. "Indirizzi operativi per la sorveglianza clinica e ambientale della legionellosi nelle strutture sanitarie e assistenziali della Regione Puglia";
3. INAIL 2017, Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro ed ambientale, Fact sheet "Il rischio di esposizione a Legionella spp. in ambienti di vita e di lavoro";
4. Linee guida nazionali per la prevenzione ed il controllo della legionellosi, Accordo Conferenza Stato-Regioni del 07/05/2015;
5. D. Lgs 81/2008 e s.m.i. - T.U. 81/2008 T.U. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
6. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Documento 4 aprile 2000, Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi.

L'ERGONOMIA ORGANIZZATIVA

Il contributo del fattore umano alla sicurezza delle cure durante la pandemia da SARS-CoV-2/COVID-19



Angela
SARDELLA

Cosimo
DELLA PIETÀ

L'emergenza sanitaria da pandemia di SARS-CoV-2/Covid-19 ha richiesto agli operatori del settore sanitario e sociale di pensare, o comunque di ripensare, all'apporto che la propria professionalità e competenza poteva dare nell'ambito di un contesto organizzativo sostanzialmente modificato in molte delle sue caratteristiche. Basti pensare alla riorganizzazione degli ospedali, alla grande versatilità, alla flessibilità e disponibilità degli operatori a gestire la crisi, all'acquisizione di nuove competenze da parte sia dei nuovi operatori assunti che di quelli ricollocati a supporto dei reparti dedicati alla gestione dei pazienti Covid-19, alle difficoltà a gestire le numerose, ma anche frequentemente aggiornate, procedure e istruzioni operative, alla scarsità dei dispositivi di protezione individuale nonché alle soluzioni individuate per la gestione delle risorse disponibili e la gestione della comunicazione interna ed esterna. Per quanto concerne la normativa italiana, si parla di ergonomia (il termine ergonomia deriva dalle parole greche "érgon" cioè lavoro" e "nomos" cioè "regola, legge") da qualche tempo fa, infatti già nel D. Lgs. 626/1994 si parlava di ergonomia e con il D. Lgs. 81/2008 è stata ripresa in relazione al miglioramento del benessere del lavoratore. L'articolo 15, lett. "d" del Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro impone "il rispetto dei principi ergonomici nell'organizzazione del lavoro, nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, in particolare al fine di ridurre gli effetti sulla salute del lavoro monotono e di quello ripetitivo". Quindi, in considerazione di quanto prevedono le normative vigenti, abbinando l'organizzazione del lavoro alla scienza che studia i collegamenti tra l'uomo e l'ambiente in cui opera (l'ergonomia) è necessario definire indicazioni precise da applicare per le valutazioni da fare anche nel campo delle relazioni tra soggetti che fanno parte di un'organizzazione aziendale. Infatti, quando l'interazione tra gli elementi umani di un sistema e la funzione che loro ricoprono nell'organizzazione del lavoro, quale sistema progettato su obiettivi aziendali precisi, non è diretta alla tutela delle caratteristiche psicologiche e fisiologiche dell'uomo, (principi fondamentali sui quali deve essere adattata l'organizzazione stessa al fine di trovarsi in un ambiente di lavoro sereno, dove c'è massima sicurezza e massimo benessere per garantire il mantenimento dell'equilibrio psicofisico del singolo operatore nonchè dei componenti il gruppo di lavoro) il sistema potrebbe agevolare l'instaurazione di rapporti umani e professionali tesi all'adozione di metodologie comportamentali.
Uno degli obiettivi dell'integrazione dei principi di ergonomia nei luoghi di lavoro è quello di prevenire la possibilità di malattie professionali e infortuni.
Molte persone soffrono a causa di condizioni di lavoro non compatibili con le loro caratteristiche.
Alcune mansioni lo espongono a rischi per la salute che potrebbero essere evitati adottando dispositivi ergonomici e strumenti su misura per il lavoratore.
L'ergonomia si occupa di progettare spazi, strumenti e processi in funzione delle capacità specifiche dei lavoratori nei luoghi di lavoro.
Rivedere i luoghi di lavoro con un approccio ergonomico significa ottimizzare l'interazione tra uomo, le macchine e l'ambiente.
In questo modo, si prendono in considerazione tutti gli aspetti di organizzazione del lavoro per razionalizzare i processi e gli spazi, allo scopo di migliorare le condizioni di attività e ridurre i fattori di stress psico-fisico delle persone.
Il Centro Italiano di Ergonomia definisce l'ergono-

LE POSSIBILI FASI DELLO STRESS

In riferimento alla durata delle sollecitazioni (stressor/stimoli) dell'ambiente interno e/o esterno, possiamo distinguere tre fasi dello stress:

1. Fase di allarme: l'organismo in questa fase reagisce velocemente allo stimolo stressorio, tramite la produzione di energie difensive (ad esempio aumento della frequenza cardiaca, aumento della tensione muscolare, riduzione della secrezione salivare) che hanno il compito di assicurare una reazione immediata di attivazione e accomodamento da parte del sistema nervoso.
2. Fase di adattamento, di resistenza: questa fase si attiva soltanto se gli stressor sono prolungati e intensi. Le difese messe in atto nella prima fase sono in precario equilibrio. Si possono avere manifestazioni transitorie come ad esempio l'inibizione delle reazioni infiammatorie, l'aumento dell'acidità gastrica, l'ipertensione arteriosa, la riduzione delle difese immunitarie.
3. Fase di esaurimento: questa fase si attiva se lo stato di adattamento che si verifica nella seconda fase viene ampliato oppure l'organismo non riesce a mettere in atto delle risposte adeguate. Sono possibili scompensi di tipo funzionale e patologie d'organo. L'organismo potrebbe andare incontro a danni irreversibili, inclusa la morte.

mia come "una scienza applicata multidisciplinare che si occupa dell'interazione tra l'uomo e il suo ambiente". Come scienza multidisciplinare trova applicazione in 3 principali aree, fisica, cognitiva e organizzativa.

L'Ergonomia fisica osserva i compiti che la persona è chiamata a svolgere nel suo lavoro considerando il corpo umano. Guarda gli aspetti fisiologici dell'attività e le caratteristiche anatomiche, antropometriche e biomeccaniche dell'uomo in relazione all'attività fisica richiesta (sicurezza e salute, disturbi muscoloscheletrici legati al lavoro, gestione dei materiali, posture di lavoro, movimenti ripetitivi).

L'Ergonomia cognitiva considera i processi mentali coinvolti nello svolgimento dei vari compiti (i diversi fattori di stress, carico di lavoro mentale, prestazioni qualificate, l'influenza delle capacità decisionali, la formazione). Riguarda la percezione, la memoria, il ragionamento e la risposta motoria, poiché influenzano le interazioni tra le persone e altri elementi di un sistema.

L'Ergonomia organizzativa riguarda sistemi e processi (comunicazione e gestione delle risorse del gruppo, lavoro in gruppo, progettazione del lavoro, progettazione dei tempi di lavoro, progettazione partecipata, lavoro cooperativo, gestione della qualità).

L'ergonomia organizzativa si basa sul lavoro di gruppi interdisciplinari che prendono in considerazione le dimensioni sociali, cognitive, relazionali e fisiche dell'ambiente di lavoro. In questo settore, oltre che a sviluppare studi metodologici e strumenti idonei per la prevenzione, valutazione di patologie psicosociali emergenti (stress, mobbing e burn out), l'ergonomia fornisce anche principi e modelli di progettazione ergonomica degli ambienti di lavoro, con lo scopo di migliorare la qualità della vita e il benessere nei luoghi di lavoro.

Da criticità organizzative e gestionali spesso discendono i rischi lavorativi, infatti vi è una stretta connessione tra le organizzazioni e le attività di Salute e Sicurezza sul Lavoro che ha tra i suoi elementi principali la promozione della competenza, della partecipazione, della motivazione e del senso di appartenenza, ed anche della consapevolezza dei lavoratori ad ogni livello di responsabilità.

Importante la gestione della partecipazione e del coinvolgimento poiché le organizzazioni, per raggiungere i propri obiettivi primari, devono implementare un sistema di relazioni tra i diversi livelli delle loro strutture, sia in senso verticale che orizzontale. È necessario che gli individui devono sentirsi parte di un progetto globale, di cui sono un elemento parziale ma importante.

Il coinvolgimento di tutto il personale, la comunicazione, i flussi informativi la cooperazione, la forma-

"Il benessere organizzativo, visto come la concretizzazione di una attività lavorativa sana, diretta verso l'apprendimento e lo sviluppo, rappresenta un argomento sempre attuale e importante per tutte le organizzazioni. Il Testo Unico in materia di Sicurezza e Salute sul Lavoro, all'articolo 28, evidenzia di considerare, nella valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, anche i rischi inerenti allo stress lavoro-correlati, secondo quanto previsto dall'accordo europeo dell'ottobre 2004. Tale valutazione è sicuramente una grande opportunità di promozione del benessere organizzativo"

zione, l'informazione, l'addestramento e la consapevolezza, rappresentano una parte fondamentale del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro. I Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, conformi agli standard più diffusi, tesi al miglioramento continuo, indicano un percorso idoneo per realizzare la tutela dei lavoratori integrandola con la gestione complessiva del lavoro delle organizzazioni, e comportano la necessità di allineare la struttura organizzativa aziendale (intesa come insieme di poteri e responsabilità) con le responsabilità e gli obblighi di salute e sicurezza in attuazione di quanto richiesto dalla legislazione.
Metodologicamente si devono individuare, come fase iniziale, la valutazione di eventuali criticità organizzative e gestionali dalle quali spesso discendono i rischi lavorativi. La prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali è, infatti, possibile solo se esistono un adattamento e un equilibrio reciproci tra uomo, macchina e ambiente. La componente umana agisce in seguito a una non adeguata progettazione e gestione, inclusa la vigilanza e il controllo, della sua attività e, dunque, l'azione errata può essere intesa come una conseguenza di un errore organizzativo.
La normativa prevede, tra gli obblighi del Datore di Lavoro, anche la rilevazione delle criticità che possono causare danno a tutti e gli interventi di miglioramento sulla collettività. In questo senso, il D. Lgs. 231/2001 esalta la centralità dell'organizzazione, concetto importante anche per comprendere le cause degli infortuni e degli incidenti. L'obiettivo è la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori attraverso la valorizzazione del lavoratore visto come risorsa e la gestione sistemica degli aspetti legati a competenza, ruoli, responsabilità, motivazione, gestione dei carichi di lavoro in termini di contenuti e di tempi, interazioni tra il lavoratore e l'ambiente di lavoro/macchine/impianti/attrezzature.
Le cause di stress, rischi psicosociali, comportamenti insicuri e conseguenti errori umani sono generalmente sovrapponibili, infatti, questi elementi rappresentano l'insieme di fattori che afferiscono all'organizzazione, poiché da essa dipendono. Ne consegue che il rischio è il cosiddetto rischio organizzativo o rischio derivante da una o più carenze dell'organizzazione, in termini gestionali, metodologici, operativi come un'insufficiente formazione, attribuzioni di responsabilità poco chiare, mancanza o inefficacia di procedure interne, scarso coinvolgimento, carenze metodologiche nell'analisi del rischio. Da queste criticità derivano situazioni che possono avere impatti diretti e indiretti sulle condizioni di Salute e Sicurezza sul Lavoro. Pertanto agire sulle criticità organizzative significa prevenire i rischi lavorativi.

LA VALUTAZIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO: UNA OPPORTUNITÀ DI PROMOZIONE DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Lo stress è una risposta aspecifica psicofisica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso per compiti anche diversi tra loro, compiti di natura emotiva, cognitiva o sociale, che l'individuo avverte come eccessivi.
In riferimento alla durata dell'evento che causa stress si possono distinguere due categorie di stress:
a) stress acuto: quando lo stimolo si verifica una volta sola e ha una durata limitata;
b) stress cronico: quando la fonte di stress permane nel tempo. Lo stress cronico perdura ed è un ostacolo al conseguimento degli obiettivi personali.
In molti casi le fonti di stress sono deleterie e possono comportare una diminuzione delle difese immunitarie (trattasi di distress). In altri casi, invece, le fonti di stress sono benefici, poiché favoriscono una maggior vitalità dell'organismo (trattasi di eustress).
Non è possibile evitare tutte le situazioni in cui un individuo può trovarsi in difficoltà e tutta la vita è un continuo sperimentare se stesso nelle varie situazioni in cui si trova.
Spesso il confronto, che sempre si fa, tra l'individuo e le richieste che gli arrivano dall'ambiente in cui vive, dice che ha bisogno di trovare una nuova soluzione, un aiuto, una collaborazione, una nuova conoscenza, una nuova capacità. Tutto ciò è positivo, anche se in quel momento non sembra così. È positivo perché dopo che l'individuo ha trovato quella soluzione, che ha sperimentato una nuova capacità, che ha avuto quella collaborazione, è più capace, e se si troverà nuovamente in quella situazione o in una situazione simile, non sarà stressato, e sicuramente sarà contento di constatare che ciò che prima gli sembrava un pericolo adesso non lo è più. E così si arriva a scoprire anche che può essere capace di cavarsela. È un modo di fare che fa apprendere sempre di più e stressa sempre di meno. In questo senso possiamo dire che lo stress è normale e che fa parte della vita di ogni persona. È un'illusione pensare di poterlo evitare per sempre. Sicuramente lo stress non deve essere evitato, ma deve essere gestito.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.occhioallasicurezza.it/organizzazione-aziendale-e-salute-e-sicurezza-sul-lavoro;
2. https://www.centro-ergonomia.it/ergonomia.html;
3. Luigi Bandini Buti, Ergonomia degli uffici, Il Sole 24ORE;
4. https://www.tecnostress.it/wp-content/uploads/2010/06/BBS_stress_ergonomia.pdf.
5. https://www.stateofmind.it/tag/stress/;
6. D. Lgs 81/2008, Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.

Il prodotto editoriale e didattico, fortemente voluto dagli OPI Bari, BAT, Brindisi, Lecce, Taranto, per vivere questo difficile momento nel modo più responsabile, è stato redatto 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 quotidiana svolta nelle varie attività lavorative presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private; riportare l'attenzione di tutti i "lavoratori" sulla conoscenza e sul rispetto di norme e comportamenti che hanno lo scopo di tutelare il bene Salute della persona; sviluppare in ogni singolo individuo la consapevolezza che la lotta ai rischi occupazionali non può e non deve essere condotta unilateralmente. Il perseguimento della sicurezza e della tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro è un principio fondamentale sancito da leggi nazionali e comunitarie. Da uno sguardo all'elenco dei numerosissimi provvedimenti che sono stati emanati nel nostro Paese per contrastare l'emergenza pandemica da SARS-CoV-2/COVID-19, ci si rende conto che anche il mondo della sicurezza e salute sul lavoro sta attraversando un momento particolare mai vissuto prima. Nel libro si ripercorrono alcuni degli adempimenti fissati dal Testo Unico in materia di Sicurezza e Salute sul Lavoro evidenziando l'importanza della valutazione dei rischi, della informazione, della formazione dell'addestramento, della sorveglianza sanitaria e della disponibilità di idonei dispositivi di protezione individuale. Un testo per venire incontro alle esigenze di quanti hanno necessità di consultare velocemente in modo rapido ed efficace e di orientarsi nella sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. La protezione dal possibile contagio da COVID-19 nei luoghi di lavoro avviene anche attraverso l'utilizzo di idonei Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC), Individuale (DPI) e di mascherine medico-chirurgiche.*

Destinatari

Lavoratori

Datori di lavoro

Dirigenti

Medici del Lavoro, Responsabili e Addetti alla Sicurezza di aziende pubbliche e private

Istituti di formazione, Consulenti e Formatori, Direttori del personale.