Filodiretto

NUMERO 1/2

Anno XXXX / numero 1/2 gennaio/febbraio 2022 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari n° 732/83 / Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari

AGLI INFERMIERI SOLO TANTO COVID 19

EDITORIALE
Agli infermieri solo tanto COVID 19

PRIMO PIANO
L'infermiere di famiglia e comunità: la visione della FNOPI

PROFESSIONE IN AZIONE
Una nuova cultura organizzativa

SICUREZZA & BENESSERE
La percezione dei rischi sui luoghi di lavoro

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 XXXX - N° 1/2 gennaio/febbraio 2022 - 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 7 marzo 2022

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
Carla Burdi, Daniela Caputo, Elena Chiefa, Maria Colapinto, Lucia Cupertino, Cosimo Della Pietà, Elisabetta De Trizio, Antonella L'Abbate, Grazia Laddaga, Liana Libera Diana, Domenico Dentico, Michele Fighera, Francesco Germini, Vincenzo Inglese, Michela Lacasella, Antonella Manfredi, Raffaele manzari, Antonella Porrelli, Angela Sardella, Maria Scalzo, Antonella Tartaro.

SOMMARIO

NUMERO 1/2

EDITORIALE
3 **AGLI INFERMIERI SOLO TANTO COVID 19**
Saverio **ANDREULA**

PRIMO PIANO
5 **LA RIFORMA DEL SSN TOCCA PROFONDAMENTE GLI INFERMIERI**
Salvatore **PETRAROLO**
7 **IL PNRR OCCASIONE PER "SVECCHIARE" LA SANITA' ITALIANA**
Salvatore **PETRAROLO**
9 **L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA': LA VISIONE DELLA FNOPI**
Francesco **GERMINI**

PROFESSIONE IN AZIONE
11 **UNA NUOVA CULTURA ORGANIZZATIVA**
Maria **SCALZO,** Roberto **GRECO**
14 **DISTURBI DI SALUTE MENTALE LEGATI ALLA PANDEMIA**
Maria **COLAPINTO,** Carla **BURDI**
16 **MI SENTO DENTRO...**
Elisabetta **DE TRIZIO**
17 **LA SEPSI NEONATALE**
Raffaele **MANZARI,** Domenico **DENTICO**

RICERCA INFERMIERISTICA
19 **LA FIGURA DELL'INFERMIERE NELLA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE**
Daniela **CAPUTO,** Cosimo **DELLA PIETÀ**
22 **COMPLETEZZA E QUALITÀ DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA**
Antonella **L'ABBATE,** Carmela **MARSEGLIA**

PROMOZIONE SALUTE
25 **ACCUMULATRICE SERIALE**
Vincenzo **INGLESE,** Michela **LACASELLA**

IN FORMAZIONE
27 **LA MUSICA NEGLI OSPEDALI: UMANIZZARE LE CURE SI PUÒ**
Lucia **CUPERTINO**

SICUREZZA E BENESSERE
29 **PREVENZIONE DEI RISCHI OCCUPAZIONALI**
Angela **SARDELLA**
31 **IL BURNOUT NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA**
Antonella **PORRELLI,** Carmela **MARSEGLIA**
34 **LA PERCEZIONE DEI RISCHI SUI LUOGHI DI LAVORO**
Elena **CHIEFA,** Michele **FIGHERA**
36 **I RISCHI PSICOSOCIALI E LORO EFFETTI SULLA SALUTE DEI LAVORATORI**
Grazia **LADDAGA,** Antonella **TARTARO**
38 **GREEN PASS 3G E 2G**
Antonella **MANFREDI**

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.

AGLI INFERMIERI SOLO TANTO COVID 19

Saverio
ANDREULA

La crisi innescata dal SARS-CoV-2/Covid-19 è stata (e lo è tuttora) particolarmente difficile per tutti ed in particolar modo per Noi Infermieri impegnati ad affrontare un'emergenza sanitaria senza precedenti. *La "regia" istituzionale di governo dello stato pandemico, incentrato prevalentemente sul contenimento del contagio, per le misure adottate ha reso ancora più difficile l'accesso alle cure per i cittadini che necessitano di servizi sanitari e socio sanitari legati ad altre patologie. Durante la prima ondata dei contagi, molti servizi sono rimasti praticamente inoperosi; si stima che più del 70% dei servizi sono stati sospesi a causa della crisi da Covid-19. Il numero di visite programmabili è stato, da subito, considerevolmente ridotto. In alcuni casi la presa in carico dei cittadini con i propri problemi di salute, è stata effettuata con l'ausilio della comunicazione telefonica; oltre il 75% dell'assistenza durante la prima ondata di Covid-19 è stata fatta online. La Corte dei conti, nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica", ha precisato che … l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza aspetti problematici del Servizio Sanitario Nazionale, attribuibili specialmente alle scelte operate negli ultimi anni dai decisori politici. Per quanto riguarda il personale, le maggiori criticità segnalate dalla Corte riguardano essenzialmente:*

- *Il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale;*
- *Le carenze di programmazione del fabbisogno di personale specialistico.*

Infatti è in evidenza, l'effetto devastante causato dal blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni. Si consideri che negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Tra il 2012 e il 2017, il personale sanitario, tecnico, professionale e amministrativo dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le ASL, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici è passato da 653 mila a 626 mila. Per affrontare l'emergenza, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di pneumologia e virologia, permettendo così al SSN di contrastare la crisi epidemiologica in atto fino al termine dello stato di emergenza che il Governo ha deciso, il 14/12/2021, in relazione al perdurare della pandemia e con l'arrivo della variante Omicron, ma soprattutto con la necessità di spingere sulle vaccinazioni, un'ulteriore proroga fino al 31 marzo 2022. Lo stato di emergenza nel nostro Paese è regolato dalla legge n. 225 del 24/02/1992, infatti, all'articolo 5 si legge che lo stato di emergenza può essere deliberato dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente del Consiglio, al verificarsi di "calamità naturali, catastrofi o altri eventi che, per intensità ed estensione, debbono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari". E proprio a seguito dello stato di emergenza è stato possibile emanare tutti quei provvedimenti che hanno limitato, per il contenimento dei contagi, la libertà personale durante il periodo della pandemia, ed ha per-

»

messo, altresì, l'istituzione del Comitato Tecnico Scientifico e della struttura commissariale e consente di continuare ad emanare ordinanze e provvedimenti con ulteriori restrizioni, come ad esempio i vari DPCM, nel caso in cui si dovessero presentare un nuovo incremento di contagi. La proroga permetterà di proseguire gli sforzi per arrivare a gestire il Sars-CoV-2 in sicurezza, continuando con la campagna vaccinale dopo l'apertura alla terza dose per tutti e alle vaccinazioni per i minori nella fascia di età tra i 5 e gli 11 anni. Mai come in questa occasione, l'arrivo del nuovo anno è colmo di attese, timori e speranze per la professione. La Pandemia dal SARS-CoV-2/Covid-19 continua e quindi non dobbiamo diminuire l'impegno quotidiano sino ad oggi profuso da tutti noi, nella speranza di tornare progressivamente ad una nuova e desiderata normalità. L'avvio del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ci preannuncia l'aprirsi di una nuova stagione in cui sarà necessario, pur nel confronto tra le differenti opinioni e le diverse visioni del futuro della professione infermieristica, unire tutte le forze per dare il via ad un maggior impulso all'innovazione del nostro SSN. Una innovazione che potrebbe portare cambiamenti nel progresso nella sanità digitale e nell'assetto organizzativo ed infrastrutturale del sistema sanitario. Il PNRR arriva dopo una serie di decreti nazionali per potenziare l'assistenza sul territorio e sicuramente rappresenta un'opportunità per la professione infermieristica poiché si evidenziano i fabbisogni ed i relativi finanziamenti per portare, nelle case e sul territorio, professionisti, assistenza di base e specialistica, tecnologia e supporti informatici. Il PNRR sposta l'asse degli interventi dall'ospedale al territorio e per raggiungere questo obiettivo si punta a rafforzare l'assistenza domiciliare con la presa in carico di almeno il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne con problemi di cronicità o dipendenza, l'istituzione di 602 Centrali Operative Territoriali per il raccordo tra i diversi servizi sanitari e sociali, l'istituzione di 1.288 Case di comunità e 381 Ospedali di comunità. In ognuno di questi contesti è prevista la figura dell'infermiere con competenze cliniche avanzate (aspetto mai definito compiutamente) nell'assistenza domiciliare, con competenze di presa in carico dei problemi della famiglia e della comunità. Insomma, l'anno che verrà si preannuncia essere molto impegnativo per la classe Infermieristica che con tanto Covid 19 sulla schiena e con una prospettiva di cambiamenti non certo molto edificanti aspetta la sottoscrizione del nuovo contratto di lavoro (pubblico impiego) che, si "vocifera" non premia, per contenuti e risorse disponibili, gli Eroi con la schiena rotta dal Covid-19.

PNRR E SANITÀ: LE DIECI PROPOSTE DAL MONDO DELL'UNIVERSITÀ

Dieci punti per mettere in pratica con successo la "Missione Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e sostenere il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), duramente colpito dalla pandemia che ne ha messo in evidenza criticità e spazi di miglioramento.
A stilare il decalogo un gruppo di ricercatori di economia, management e politiche sanitarie di sei università italiane: Università Bocconi, Politecnico di Milano, Università Cattolica, Università di Torino, Università di Roma Tor Vergata e Scuola Superiore Sant'Anna.
Il decalogo è stato presentato al direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) Domenico Mantoan a fine maggio, durante un webinar organizzato dagli atenei coinvolti.

IL DECALOGO

1 Prevenire i rischi e promuovere comportamenti salubri, per tutti
2 Garantire clinical competence nella rete dei piccoli ospedali
3 Rinnovo infrastrutturale dei grandi ospedali, con nuova logistica e accresciuta flessibilità
4 e 5 Sviluppare la presa in carico delle cronicità e supportare l'autosufficienza a domicilio
6 Razionalizzare la rete ambulatoriale concentrando casistica e servizi
7 Rafforzare la Medicina Generale
8 Uniformare le dotazioni delle strutture intermedie (riabilitazione, LD, OSCO, RSA)
9 Cambio del parco tecnologico: meno numeroso, più efficace e più usato
10 Skill mix change tra medici e professioni sanitarie (I grandi trend demografici ed epidemiologici hanno evidenziato nuovi bisogni che possono essere soddisfatti da professionisti sanitari e case manager. È necessario quindi ripensare a un cambio di ruoli nella presa in carico dei pazienti che valorizzi sia i medici sia gli operatori sanitari. Serve poi favorire il cambio di competenze: i nuovi ruoli devono essere accompagnati da processi formativi che preparino medici e infermieri ai ruoli a essi assegnati e infine ridisegnare i processi produttivi. I processi di erogazione dei servizi sanitari devono essere ridisegnati, tenendo conto del progresso tecnologico e della multicanalità dei percorsi, oltre che dei nuovi ruoli e competenze assegnati a medici e infermieri)

(https://www.pphc.it/pnrr-e-sanita/

LA RIFORMA DEL SSN TOCCA PROFONDAMENTE GLI INFERMIERI

Salvatore
PETRAROLO

“Nel Pnrr c’è un disegno di riforma del Servizio Sanitario nazionale ed è una riforma che tocca profondamente la funzione degli infermieri. La parola chiave della riforma che abbiamo in testa è prossimità: un Servizio sanitario nazionale che non deve essere rincorso dal cittadino ma che va il più possibile da lui”. Il futuro lo tratteggia il Ministro della Salute, Roberto Speranza. Ed è un futuro nel quale, come ormai si sente ripetere più frequentemente da quando la pandemia da coronavirus è scoppiata, il ruolo degli infermieri è centrale. Sono stati definiti eroi nella prima ondata, anche se superata quella fase i professionisti della salute sono stati messi in secondo piano. Adesso che c’è da progettare e realizzare la sanità del futuro, grazie ai fondi del Pnrr, si torna a parlare della centralità della figura dell’infermiere. E allora c’è da appuntarsi l’ennesimo elogio alla categoria firmato dal ministro della Salute, Roberto Speranza. Che, parlando della riforma del Servizio Sanitario Nazionale, ribadisce: “Quella riforma tocca profondamente la funzione degli infermieri”. Del resto ci sono i numeri a ricordare che l’Italia è uno dei Paesi con più anziani del mondo. “Fino a pochi mesi fa sull’assistenza domiciliare delle persone sopra i 65 anni - spiega il ministro Speranza - avevamo solo il 4% di copertura, con una media OCSE dei paesi al 6% e Germania e Svezia, i migliori paesi, al 9%”. Parlando al congresso itinerante della Fnopi, il ministro Speranza ha anche manifestato un’ambizione precisa: “Con il Pnrr vogliamo diventare il primo paese d’Europa per assistenza domiciliare col 10%”. Dato, quest’ultimo, fissato come obiettivo quasi imprescindibile da raggiungere nell’azione Salute contenuta nel Piano nazionale di rilancio e resilienza. La pandemia ha messo a nudo le criticità del sistema sanitario, ma offre anche una grande opportunità per rinnovarlo. “Le persone e di conseguenza anche le istituzioni – sono le parole del ministro Speranza - hanno capito fino in fondo che i servizi sanitari nazionali sono davvero la risorsa più preziosa che abbiamo. Questa consapevolezza qualche anno fa era molto più fragile. Oggi è molto più presente e ci consente di aprire una finestra di opportunità per rendere più robusto l’SSN. Due sono le modalità fondamentali: la prima ha che fare con le risorse la seconda con le riforme”. Gli infermieri protagonisti nella sanità però, non sono un’immagine futuribile, ma la certezza di oggi. Perché è stato anche grazie agli infermieri se le strutture ospedaliere non sono collassate nei periodi peggiori della pandemia. Lo sa bene anche il ministro Speranza che agli infermieri, pubblicamente, ha rivolto parole di ringraziamento: “Grazie, grazie grazie: per tutto quello che avete fatto e che fate ogni giorno. Lo dico da ministro ma anche da cittadino - ha aggiunto - nel tornante più difficile che potevamo immaginare: perché siamo stati nell’anno e mezzo probabilmente più difficile della lunga storia del nostro SSN”. Il futuro, come spesso si ripete, è tutto nel Pnrr ma c’è da fronteggiare anche il presente con organici da rinforzare. Mancano gli infermieri, non solo nei reparti ospedalieri, come ha fatto notare il Presidente dell’Emilia Romagna, Stefano Bonaccini: “Quando facciamo i concorsi non si riesce nemmeno a coprire il numero pieno di coloro che potrebbero ricoprire un ruolo di lavoro, io credo perché ormai è diventato uno dei lavori più usuranti che esistano e perché servirebbe un bonus aggiuntivo nelle indennità”. Stando all’indagine più recente effettuata dalla Fnopi, in Italia mancano oltre 60mila infermieri. Senza una soluzione alla carenza di organico chi rischia di più è l’assistenza, ma anche l’applicazione del Pnrr che punta tutto sull’as-

»

sistenza territoriale. E ne mancano, anche in base alle dimensioni regionali, quasi 27mila a Nord, circa 13mila al Centro e 23.500 al Sud e nelle Isole. Qualcosa, però, si muove: la Puglia è pronta ad assumere nuovi infermieri destinati a rafforzare i servizi sanitari della intera regione. Con la pubblicazione della graduatoria finale del Concorso unico regionale, viene così definito l'atto conclusivo per l'assegnazione di 566 posti a tempo indeterminato da destinare ai fabbisogni di tutte le aziende sanitarie, aziende ospedaliero-universitarie e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico della Regione. La graduatoria finale comprende un numero complessivo di 4.282 infermieri: il passo successivo sarà la nomina dei vincitori. "Siamo all'atto finale del concorso dei record - commenta il presidente della Regione Puglia, Michele Emiliano - per numero di partecipanti, macchina organizzativa e tempi. Il concorso unico regionale giunge al termine di un iter complesso partito a febbraio scorso con eccezionali misure di sicurezza anti contagio, con un gran numero di candidati, quasi 17mila, e concluso in meno di otto mesi. Grazie a questo concorso - ha aggiunto il presidente - rafforziamo la sanità pubblica con energie nuove, determinate ad operare nelle nostre strutture al servizio dei cittadini, elevando la qualità dell'assistenza sanitaria". "D'ora in poi, la graduatoria potrà essere subito utilizzata per l'assegnazione di posti a tempo indeterminato in tutta la regione, in linea con i fabbisogni di ciascuna azienda sanitaria".

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE BARI

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

1) Relazione del Presidente
2) Conto consuntivo 2021
3) Bilancio di previsione 2022
4) Varie ed eventuali

L'Assemblea è convocata presso la sede dell'OPI di Bari sita in Viale Salandra 1/L, in prima convocazione alle ore 19.00 del 1/4/2022 ed in seconda convocazione presso Hotel Parco dei Principi, Bari alle ore 8,30 del 2/4/2022. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede dell'Ordine.
L'Assemblea, in considerazione delle disposizioni normative, si svolgerà nel rigoroso rispetto di tutte le misure di prevenzione e contenimento del contagio da Covid-19:

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

Il Presidente
Saverio Andreula

DELEGA PER L'ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI
ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI BARI
IL/LA SOTTOSCRITTO/A_____
ISCRITTO/A ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL _____
DELEGA L'ISCRITTO/A _____
A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2022
DATA _____ FIRMA _____

IL PNRR OCCASIONE PER "SVECCHIARE" LA SANITA' ITALIANA

Salvatore
PETRAROLO

Ci si gioca molto, se non tutto, sulla sanità del futuro con i fondi del Pnrr. Anche per questo si moltiplicano gli appuntamenti per confrontarsi su un tema che riguarda, in maniera diretta, la professione infermieristica.
La missione salute, fissata nel Piano nazionale di ripartenza e resilienza, fissa obiettivi specifici da realizzare su tutto il territorio nazionale, con obiettivi ben definiti: allineare i servizi di cura del paziente, migliorando le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche; promuovere la ricerca e l'innovazione, ma anche lo sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale.
Questioni che il professor Francesco Albergo,docente di "Controllo di gestione e activity based casting" e "Risk management e controllo nelle aziende sanitarie" dell'Università Lum, ha chiaramente elencato nella sua relazione durante l'incontro di aggiornamento, dedicato al Pnrr, promosso dall'Opi Bari. Il presente, ha ricordato il professor Albergo, è fotografato da quattro criticità: le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; la inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; i tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; la scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.
Così il Pnrr, come spesso viene ricordato, è la grande occasione, anche per la sanità italiana, per mettersi al passo con i tempi e non farsi trovare impreparata come accaduto con la pandemia da Covid 19. Nella missione salute, ha spiegato il professor Albergo alla platea di infermieri presenti ai dibattiti, gli interventi da realizzare sono ben specificati: entro il 2025 vanno realizzati 381 ospedali di comunità, 602 Centrali operative territoriali (una per ogni distretto sanitario) e 1.288 Case di Comunità con almeno 20 posti letto. Se questo è il quadro nazionale, entrando nel dettaglio pugliesi i numeri sono altrettanto netti: con i fondi del Pnrr si dovranno realizzare 86 Case di Comunità, 25 Ospedali di Comunità e 40 Centrali operative territoriali.
E sono ben definiti anche gli stanziamenti previsti: due miliardi di euro per le Case di Comunità, quattro miliardi per l'assistenza domiciliare e la telemedicina, un miliardo per lo sviluppo delle cure intermedie. Entrando nel dettaglio, il professor Albergo ha spiegato cosa sono le Case di Comunità: "Rappresentano il setting assistenziale di erogazione dei servizi propri dell'assistenza primaria, seguendo un modello organizzativo di prossimità in grado di coordinare e integrare tutti i servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità di riferimento, con particolare attenzione ai pazienti cronici".
Il tema della cronicità, del resto, è centrale nei Paesi occidentali: le malattie croniche rappresentano l'82 per cento dei costi sanitari e provocano il 91 per cento dei decessi. Chi dovrà lavorare nelle Case di Comunità? Al quesito risponde ancora il professor Albergo, nella sua relazione: "Medici di medicina generale e pediatri in collaborazione con gli infermieri di famiglia e di comunità". In queste strutture, che nei prossimi cinque anni, prenderanno in carico 23 milioni di persone, ci saranno anche specialisti ambulatoriali e professionisti sanitari come logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione e psicologi.
Ma la sanità del futuro, immaginata con il Pnrr, è quella che nei prossimi cinque anni riesca ad aumentare il volume di prestazioni in assistenza domiciliare, prendendo in carico il 10 per cento della popolazione over 65, con un incremento quasi doppio, in termini percentuali, rispetto ai dati attua-

CASA DELLA COMUNITÀ HUB

La CdC HUB garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche attraverso modalità di telemedicina:

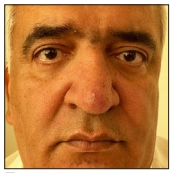
- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 – 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Relazione tra la CdC hub con il funzionamento delle strutture per le cure intermedie (es. assistenza medica nelle strutture residenziali territoriali come l'ospedale di comunità).

li. Altro punto nevralgico, previsto dalla misura Salute, è quello della telemedicina che, tra l'altro, deve contribuire a colmare i divari geografici del sistema sanitario. Ed in questo caso, ha spiegato il professor Albergo, diventano cruciali le Centrali operative territoriali che dovranno essere presenti in ogni distretto sanitario. In questo mosaico della sanità prossima ventura, non manca l'Ospedale di Comunità. Il Pnrr ne prevede 380 in tutta Italia, dotati di almeno 20 posti letto, con l'obiettivo di "favorire la fase di dismissione del paziente, lasciando alla famiglia e ai servizi socio-sanitari il tempo necessario per la riorganizzazione degli ambienti domestici alle seigenze che potrebbero essere emerse a seguito del ricovero". Lo standard minimo dell'Ospedale di Comunità prevede la presenza di nove infermieri, 6 operatori socio-sanitari e un medico, quest'ultimo presente almeno per quattro ore al giorno, per tutta la settimana. Ancor più chiaro, come evidenziato dalla relazione del professor Albergo, è lo standard futuro del Distretto sanitario che deve prevedere: una Casa di Comunità ogni 40-50mila abitanti; un infermiere di famiglia o comunità ogni 2-3mila abitanti; una Unità speciale di continuità assistenziale (composta da un medico e un infermiere) ogni 100mila abitanti; una Centrale operativa territoriale ogni 100mila abitanti; un Ospedale di Comunità con almeno 20 posti letto, ogni 50-100mila abitanti; una unità di cure palliative domiciliari ogni 100mila abitanti e un Hospice con almeno 10 posti letto.

CASA DELLA COMUNITÀ SPOKE

- La CdC SPOKE garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:
- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA': LA VISIONE DELLA FNOPI



Francesco
GERMINI

In Italia, nel corso degli anni, sono avvenuti una serie di cambiamenti a livello sociale che hanno modificato profondamente le caratteristiche sociodemografiche della popolazione: con l'allungamento della speranza di vita alla nascita, a causa del calo demografico, si è prodotto un progressivo invecchiamento della popolazione; questo progressivo invecchiamento ha prodotto, di riflesso, un incremento della popolazione con almeno una patologia cronica e condizioni di co-morbidità, con particolare riferimento alla popolazione di età superiore ai 75 anni.
È inoltre aumentato il numero di soggetti over 65 che vivono soli, e ridotto il numero dei soggetti, sempre over 65, che vivono liberi da condizioni di disabilità.
Tutto questo ha portato alla consapevolezza di dover orientare l'offerta assistenziale sempre più verso l'area territoriale in quanto luogo elettivo per le attività di promozione della salute, di prevenzione e sulla presa in carico della persona in quanto tale, oltre naturalmente all'ottimizzazione dei relativi costi.
L'assistenza territoriale deve essere quindi erogata secondo modelli che valorizzino la persona e la presa in carico personalizzata, che spinga la persona assistita a raggiungere un livello di empowerment ottimale, in modo da essere consapevoli delle proprie potenzialità e della propria salute.
Per tutto questo si rende necessaria la presenza di un professionista con competenze specifica nell'assistenza di famiglia e comunità.
La FNOPI ha prodotto quindi un "position statement" nel 2020, un documento circa la propria visione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (che d'ora in poi denomineremo IFeC), le caratteristiche professionali e le attività di propria competenza, oltre ai relativi livelli di responsabilità.
È necessario chiarire i prerequisiti necessari, nell'ambito della organizzazione dell'assistenza territoriale, affinché questo ruolo professionale sia veramente efficace e rivolto al miglioramento della qualità dell'assistenza.
Il requisito imprescindibile è il superamento del modello assistenziale prestazionale attualmente esistente nelle attività di assistenza domiciliare; l'IFeC non è un modo diverso di erogare prestazioni ADI ma svolge una funzione integrativa, dove l'attività ha una funzione proattiva e anticipatoria dei bisogni di salute della popolazione.
Infatti il modello privilegiato è quello di prossimità.
Altro aspetto da tenere presente è il bacino di utenza, che deve essere organizzato secondo riferimenti coerenti di tipo geografico e demografico; non è possibile pensare la distribuzione di questi professionisti sul territorio secondo meri principi matematici (tot IFeC ogni tot popolazione) e non esistono al momento degli standard di riferimento.
Viene raccomandata la possibilità di condividere il bacino di utenti con gli altri professionisti che operano sul territorio, come il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, in modo da creare una vera equipe multiprofessionale che funga da riferimento unico per la persona assistita; l'azione degli IFeC deve quindi essere integrata con i servizi esistenti, definendo percorsi condivisi e ruoli complementari, come ad esempio quello del Disease Manager, ecc.
Altra raccomandazione è quella di poter agire nei diversi ambiti territoriali, a tutti i livelli: a livello ambulatoriale, a livello domiciliare, nelle strutture residenziali e a livello comunitario, per le attività di promozione della salute.
Le competenze specialistiche identificate, che do- »

vranno essere acquisite tramite percorso universitario post-base, riguardano conoscenze e competenze nelle seguenti attività:

- Valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati;
- Promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- Presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia;
- Conoscenza dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento;
- Sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico;
- Relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti;
- Valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in sinergia con il MMG, I PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio;
- Definizione di programmi di intervento infermieristici basata su prove scientifiche di efficacia;
- Creazione e valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale;
- Definizione di ambiti e problemi di ricerca;
- Utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici per la documentazione dell'attività assistenziale.

Riguardo le strategie di implementazione di tale figura nelle attività territoriali, sarà necessario adottare una strategia adeguata, che tenga conto di una serie di criticità:

- L'opportunità di adottare un modello operativo sovradistrettuale, che consenta una gestione dinamica delle problematiche assistenziali, e l'integrazione delle competenze peculiari dei professionisti coinvolti;
- La definizione di protocolli e procedure operative specifiche, che sono elementi indispensabili per elevare il livello di qualità del servizio offerto e per una corretta valutazione degli outcome assistenziali.
- L'integrazione con e altre figure sanitarie del team obbliga alla definizione di protocolli condivisi e momenti di confronto programmati (audit periodici).
- Si dovrebbe poi esaltare l'impiego di strumenti tecnologicamente avanzati, App e dispositivi indossabili che consentano un monitoraggio a distanza e permettano quindi di avere notizie che consentano interventi precoci e appropriati.

Ultimo ma non ultimo in ordine di importanza, il riconoscimento del ruolo in termini contrattuali: la figura dell'infermiere specialista è contrattualmente una realtà, e quindi il ruolo dell'IFeC rientra pienamente in questo inquadramento.

L'assistenza territoriale è un ambito privilegiato per l'infermiere, in quanto permette di esprimere tutte le potenzialità che la figura ha in sé, e di raggiungere una reale autonomia professionale, che non sia solo di facciata.

"L'infermiere di famiglia e comunità è una figura professionale con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica che forma la rete integrata territoriale, prende in carico in modo autonomo il singolo, la famiglia, la collettività, rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento erogando assistenza e stabilendo con le persone e le comunità rapporti e legami solidaristici"

L'istituzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) è stato proposto da almeno un decennio dalle Organizzazioni infermieristiche.
Nel 2020 la Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha presentato un documento denominato Position Statement sull'IFeC con l'obiettivo di definire la propria visione, a livello nazionale, ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere ad una definizione univoca del modello proposto.
Il momento, oggi, sembra essere propizio. La necessità di una tale figura infermieristica di riferimento a livello assistenziale territoriale per la persona anziana, per la persona fragile e la sua famiglia, a fianco al medico di medicina generale, è stata riconosciuta anche dal legislatore indispensabile.
In piena emergenza pandemica con il Decreto Rilancio n. 34 del 19/05/2020, riconfermato in seguito nel Recovery Plan o Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dei Ministri il 12/01/2021, accanto al finanziamento delle Case della Salute o Case di Comunità, il potenziamento delle attività di prossimità nei distretti, la teleassistenza e la telemedicina, sono state riservate risorse economiche importanti per la sua implementazione.

UNA NUOVA CULTURA ORGANIZZATIVA

La Centrale Operativa Territoriale (COT)

Maria
SCALZO

Roberto
GRECO

Il Sistema Sanitario Nazionale italiano, possiamo tranquillamente affermare è uno dei migliori sistemi in Europa che si proietta su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità.

Un sistema che ha avuto le sue origini nel 1978 con la L. 833, un sistema giovane che in questo momento storico del paese, deve avere un cambio di prospettiva, passando da sistemi sanitari impegnati alla scoperta dei segni e sintomi dei pazienti, quindi le malattie, a sistemi sanitari vicini alla comunità, dove al centro mettiamo le persone.

Nell'ambito delle cure comunitarie occorre costruire una nuova cultura multidisciplinare e multi professionale, volta a promuovere la salute della famiglia, della comunità con adeguati progetti di cura integrata.

Se ci soffermiamo a fare analisi di contesto, sicuramente noteremo come l'evoluzione della struttura familiare è cambiata, in virtù della demografia della popolazione, i bisogni di salute sono cambiati, la donna lavora sempre più distaccandosi dalla famiglia e non ultimo, l'invecchiamento della popolazione con il crescente aumento delle patologie invalidanti per tutta la vita.

In considerazioni di queste riflessioni, le richieste assistenziali e sociali provenienti dalla popolazione ci impongono una radicale inversione di tendenza e di organizzazione del sistema delle cure.

Dobbiamo rimodulare da una parte la rete ospedaliera con l'eliminazione drastica dei ricoveri impropri e dall'altra, costruire una rete dei servizi territoriali capace di rispondere alle nuove esigenze degli utenti.

L'OMS attraverso il documento "Health 21" proponeva principi ispiratori per una nuova sanità in termini di:

- Facilitazione di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, via telefono o email, etc);
- Coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counselling, facilità di accesso ai propri dati personali, etc.);
- Pro-attività degli interventi, coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es. tra ospedale e territorio).

Così facendo sicuramente potenzieremo i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

In termini organizzativi, quindi, si dovrebbe puntare sulla costruzione di un modello organizzativo efficace per attuare il cambiamento, infatti ci vorrebbe un modello flessibile, dinamico e aperto tra ospedale e territorio.

Vi è un dato inconfutabile, se non costruiamo un modello efficace, continueremo ad affermare o a evidenziare fenomeni che ci sottolineano come la salute non cresce direttamente con la spesa sanitaria, anzi in molti casi è esattamente il contrario.

Il Governo intende dare seguito alle misure a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) adottate con i recenti provvedimenti attraverso un piano di investimenti e misure organizzative e di politica industriale di medio-lungo termine il PNRR.

L'obiettivo per il SSN sarà di migliorare la qualità dell'assistenza, la capacità ricettiva degli ospedali, compresi i letti di terapia intensiva, la tempestività di risposta alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emer-

»

genze sanitarie.
Si investirà nella digitalizzazione dell'assistenza medica ai cittadini, promuovendo la diffusione del fascicolo sanitario elettronico e la telemedicina.
Uno specifico investimento sarà prontamente avviato sulla cronicità e le cure a domicilio per superare le attuali carenze del sistema delle RSA.
In ottica di innovazione e miglioramento delle cure si propone la nascita della centrale operativa territoriale detta COT, cioè uno strumento organizzativo innovativo che svolge funzioni di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.
L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione sul territorio ai cittadini attraverso i professionisti delle cure come infermieri e operatori sanitari.
I punti salienti dell'organizzazione della COT saranno:

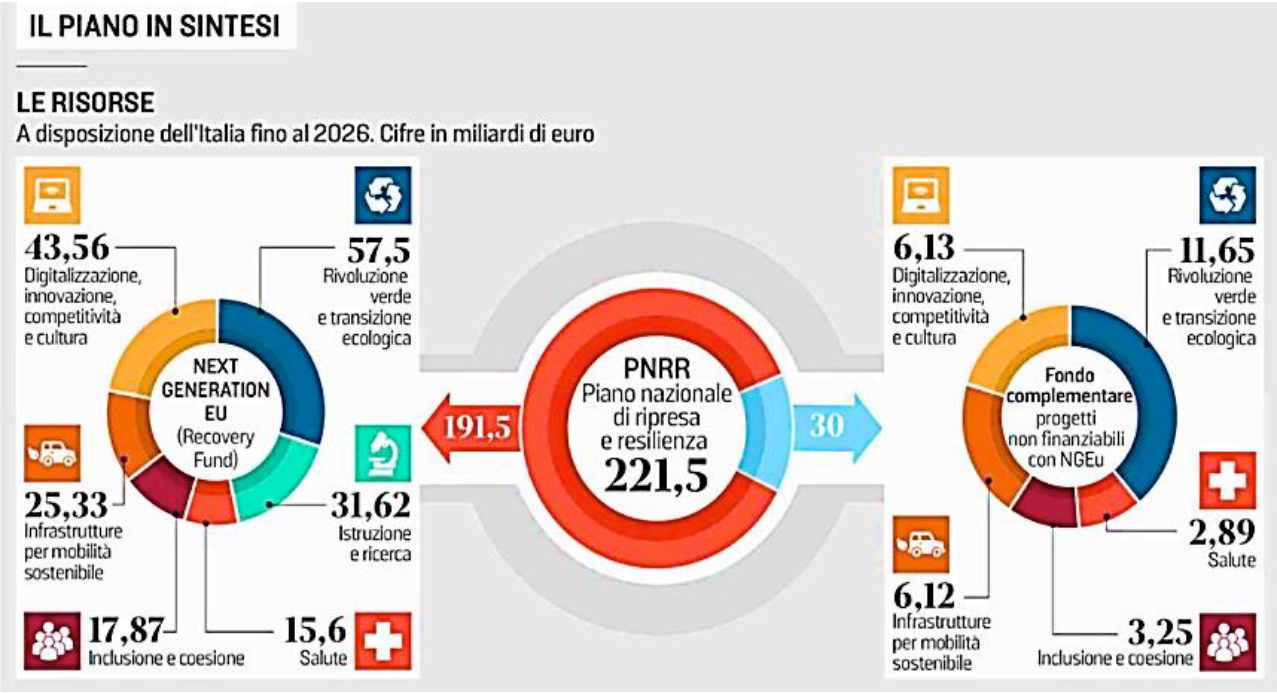
- la responsabilità in capo al medico di famiglia;
- la costituzione di una centrale operativa territoriale, che progressivamente integra tutti i percorsi assistenziali;
- l'organizzazione per percorsi e livello di complessità, che comporta valutazione, monitoraggio e verifica degli stessi.

Attraverso la Cot si potranno costruire percorsi assistenziali per ottenere:

- una visione complessiva del problema: dalla prevenzione, alla diagnosi, alla cura riabilitazione, alla verifica e monitoraggio dei risultati;
- affrontare la cronicità;
- governare la domanda;
- ottimizzare l'uso delle risorse.

Da una articolazione per aree-problemi si passa ad un modello per complessità assistenziale e per percorsi dove la centrale operativa diventerà il "luogo" regolarmente frequentato dai responsabili dei percorsi. Concretamente, il PNRR prevede una Centrale Operativa Territoriale (COT) ogni 100.000 residenti al fine della valutazione multidimensionale e presa in carico unitaria socio-sanitaria delle segnalazioni non urgenti di assistiti fragili a livello distrettuale da parte di vari operatori per l'accesso guidato, nella rete di servizi territoriali e in dimissione protetta ospedaliera, all'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale e nei passaggi tra luoghi di cura diversi.
La COT presenta il valore aggiunto di un portale gestionale informatico per la condivisione in tempo reale dei dati utili a gestire l'assistenza socio-sanitaria mediante l'integrazione di operatori diversi e l'uso condiviso di una sede unica secondo il modello delle Case della Salute, requisiti finora spesso mancanti nei PUA distrettuali che saranno assorbiti delle COT.
Gli interventi della COT saranno proiettati verso le:

- **Dimissioni Protette** con la funzione di realizzare la continuità assistenziale del paziente fragile, conosciuto e non conosciuto, ricoverato nelle UU.OO. ospedaliere per la definizione del progetto assistenziale individualizzato (PAI) in relazione ai bisogni clinico socio-assistenziali dell'utente stesso definiti con l'equipe del reparto ospedaliero e coinvolgendo il Medico di Me-



Il territorio integrato con l'ospedale. Strategie di management

dicina Generale.

- **Domiciliarità sanitaria** con la funzione di presa in carico e monitoraggio dell'utente fragile dal punto di vista clinico assistenziale in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale e le equipe domiciliari.
- **Residenzialità** con la funzione di presa in carico di tutta la domanda di residenzialità sia essa definitiva e/o temporanea e di semiresidenzialità.
- **Domiciliarità sociale** con la funzione di monitoraggio e di presa in carico delle situazioni domiciliari fragili dal punto di vista sociale, promuovendo la collaborazione e la sinergia fra Azienda ULSS e Comune.

Con la nascita delle COT è fondamentale sviluppare un livello di competenze necessarie quali:

- capacità relazionali di accoglienza e ascolto;
- capacità di mediazione culturale;
- competenza nella raccolta e registrazione informatica dei dati utili ad una prima decodifica del bisogno espresso;
- competenze amministrative, sociali e sanitarie di settore;
- conoscenza della normativa e dei diritti delle persone;
- competenze nell'ambito della valutazione;
- capacità di lavoro in gruppo.

Attraverso la COT si realizzerà la presa in carico che non è un semplice passaggio di consegne infermieristiche ma richiede anche una complessa valutazione multiprofessionale medica, riabilitativa e socio-economica tenendo conto della volontà della persona assistita, della sua famiglia e della rete di risorse umane.

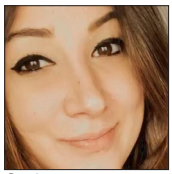
Con la COT si rafforza la funzione del Distretto con il suo Responsabile. Infatti i compiti delle equipe distrettuali del PUA includono tutti i dati degli assistiti mediante schede multidimensionali validate, la costruzione di un piano assistenziale individuale, le valutazioni di appropriatezza per fornitura di protesi, ausili, dispositivi medici, prodotti farmaceutici e alimentari, assegnazione di budget di salute e altri contributi economici, trasporti secondari, interventi riabilitativi, accesso a strutture residenziali e semiresidenziali, attivazione di domande di invalidità civile e amministratore di sostegno, programmazione di monitoraggi con medici curanti, specialisti e altri sanitari.

Il PNRR prevede, infine, la costruzione di una rete di informazioni e comunicazioni filtrate e gestite da una centrale telefonica remota, gestita a livello regionale, almeno ogni milione di residenti, col numero unico europeo 116-117, a disposizione della popolazione per chiamate non urgenti cioè per i servizi medici di non emergenza allo scopo di ottenere sia informazioni brevi sui servizi sanitari e sia il trasferimento di chiamata alla guardia medica o se necessario alla diversa centrale operativa del 112 che rimane esclusiva per la gestione delle emergenze sanitarie.

Infine se vogliamo far partite bene le COT con il piede giusto, dovremmo investire sul personale che deve essere assunto per le COT, personale preparato e formato con competenze specifiche e con capacità ben definite.

DISTURBI DI SALUTE MENTALE LEGATI ALLA PANDEMIA

Maria
COLAPINTO



Carla
BURDI

La pandemia da COVID-19 e la conseguente quarantena hanno avuto e stanno continuando ad avere un impatto significativo non solo sulla salute fisica ma anche sulla salute mentale delle persone, dato questo non di secondaria importanza che riguarda non soltanto la popolazione clinica ma anche quella generale. La pandemia da SARS-CoV-2/COVID19 ha indubitabilmente e profondamente sconvolto la vita quotidiana di ogni persona in tutto il mondo con rilevanti ricadute sulla salute mentale e fisica. La pandemia ha avuto e continua ad avere un impatto significativo non solo sulla salute fisica ma anche sulla salute mentale delle persone, dato che riguarda non solamente la popolazione clinica ma anche quella generale. All'inizio del 2020 l'OMS ha dichiarato l'emergenza sanitaria di rilevanza internazionale. La combinazione di mortalità elevata e diffusione rapida del virus, ha portato a misure di salute pubblica senza precedenti su scala internazionale, facendo adottare conseguenti restrizioni importanti della vita quotidiana di ogni persona. A causa delle restrizioni imposte ai movimenti e spostamenti delle persone, il lockdown ha avuto un impatto importante sia sulle abitudini alimentari, sia sull'esercizio fisico e anche sull'immagine corporea delle persone. In una grande percentuale di persone si è riscontrato, durante il lockdown, un cambiamento nella percezione della fame e della sazietà. Alcune persone (il 17%) hanno riferito una riduzione dell'appetito. Altre (il 34%) hanno riferito un aumento dell'appetito. Il 48% riferisce di aver preso peso durante il periodo di lockdown. Di sicuro le donne hanno una maggiore propensione rispetto agli uomini, a ricercare una migliore regolarità alimentare. Però riportano anche una maggiore preoccupazione per il cibo e un peggioramento dell'immagine corporea. Alle persone che in passato era stato diagnosticato un Disturbo Alimentare (anoressia, bulimia e binge eating) si è rilevata una modificazione nella percezione dell'immagine corporea e significativi cambiamenti nel mangiare e nell'esercizio fisico. Presumibilmente ciò porterà ad un aumento della domanda per la cura di detti disturbi alimentari nonché ad un aumento di accessi ai servizi assistenziali di quelle persone che riporteranno sintomi più gravi. La pandemia ha creato una situazione che potrebbe aumentare il rischio dello sviluppo dei disturbi alimentari. La pandemia ha portato a restrizioni negli spostamenti e nelle attività di vita quotidiana. Per limitare l'aumento dei possibili contagi, si è proceduto ad incentivare lo smart working, e, per gli studenti, la didattica a distanza. A tutti è stato chiesto di limitare ogni spostamento non strettamente necessario. Tutto ciò, inevitabilmente, ha contribuito a modificare, fondamentalmente, le abitudini quotidiane che comunque servivano a mantenere un'organizzazione equilibrata e sana. La mancanza di diversificazione tra luogo di lavoro, luogo di studio, e casa, gli orari flessibili, hanno portato molte persone a fare un maggior numero di spuntini. In molti casi, organizzare i pasti all'interno della famiglia è diventata una routine. E ciò ha influito negativamente sul rischio di sviluppare i disturbi alimentari. Le limitazioni della libertà (limitare le attività fuori casa, come ad esempio quello di fare la spesa, nonchè la percezione della possibile mancanza di alcuni prodotti alimentari) hanno sicuramente fatto aumentare l'attenzione sul cibo e spinto le persone a fare una buona scorta di cibi aumentando in tal modo comportamenti disfunzionali come le abbuffate. Inoltre, l'aumento della disponibilità del cibo in casa, l'aumento dei pensieri sul cibo e le limitazioni alle attività fisiche, hanno portato, inevitabilmente, ad una

maggiore preoccupazione per il peso corporeo e la forma fisica. Dette limitazioni hanno portato sia gli adolescenti sia gli adulti ad un ricorso significativo dell'utilizzo dei social come unica modalità per continuare ad avere dei contatti relazionali con le altre persone non componenti del nucleo familiare. L'utilizzo dei media, dei social, il ricorso alle videoconferenze, alla DAD, alla FAD è vero che ha reso possibile lo svolgimento di alcune attività lavorative e l'attuazione della formazione degli studenti ma è risaputo che è associato a un aumento del rischio di disturbi alimentari e può aver anche contribuito ad aumentare le preoccupazioni per il proprio aspetto. Le situazioni che hanno contribuito e contribuiscono a generare ansia e pericolo sono tantissime tra cui le notizie su:

- i continui inviti emanati dalle Autorità sanitarie a non recarsi presso gli studi dei medici se non per motivi urgenti, scoraggiando in tal modo gli accessi anche ai Servizi Psichiatrici Territoriali, riducendo, conseguentemente, anche la possibilità di ricevere supporto per situazioni di scompenso psicopatologico;
- l'imposizione di misure straordinarie di sanità pubblica (confinamento in casa o comunque limitazione forzata degli spostamenti, obbligo di distanziamento sociale, ecc.) che violano le libertà personali;
- la continua e massiccia esposizione mediatica nei confronti di tutto ciò che attiene all'epidemia (continue notizie 7 giorni su 7) che genera particolare amplificazione ansiosa nei soggetti predisposti, anche per il rischio concreto di diffusione di informazioni inesatte o magari del tutto infondate.

Questa pandemia ha evidenziato che molti sono i fattori che mettono a rischio la salute mentale (la preoccupazione per sé e i propri cari, l'isolamento sociale, le minacce alla stabilità del lavoro, le difficoltà economiche, l'incertezza angosciosa sugli sviluppi futuri, il timore di non poter tornare alla vita precedente, di non poter incontrare gli amici, di viaggiare, di abbracciare gli altri). La pandemia ha rappresentato e rappresenta ancora un'esperienza traumatizzante che ha posto le persone a rischio di sviluppare reazioni patologiche indipendentemente dall'entità oggettivabile di ciò che ha vissuto in termini di esposizione al virus. Al fine di non incorrere in una sintomatologia ansioso-depressiva con sfumature ossessive, in termini di pensiero, e di compulsione, in riferimento al comportamento (comportamenti disfunzionali, fobici o momenti di tristezza e depressione), è importante reagire alla situazione causata dal distanziamento sociale, derivante dalla pandemia, attivando risorse di pianificazione positiva e creatività, mostrando una capacità di gestione adattativa moderando gli effetti negativi di tale situazione e non sviluppando comportamenti disfunzionali, fobici o momenti di tristezza e depressione. Il superare momenti difficili è possibile proprio grazie alla plasticità adattativa, funzione caratterizzata da capacità innate, quali elasticità, flessibilità, resilienza, creatività, resistenza, adattabilità, speranza, capacità di affiliazione e comportamenti pro-sociali, senso della propria storia, ricerca di significato, senso di appartenenza, progettualità, impegno, inventiva, fede. La risposta di stress e le sue conseguenze sul piano fisico e psichico dipendono dal rapporto tra la percezione della minaccia e quella di un possibile suo controllo. Se la percezione della minaccia è molto alta e la percezione di possibilità di controllo è bassa, avremo un alto livello di stress con ricadute sulla salute particolarmente gravi; se, invece, la percezione della minaccia è bassa e il controllo è sufficientemente adeguato, avremo una condizione di basso livello di stress. La resilienza individuale può essere potenziata lavorando sulle risorse vitali di ciascuna persona, la resilienza di comunità va protetta attraverso la speranza, la solidarietà e la gratitudine. Un'attenzione particolare deve essere rivolta alla protezione delle persone vulnerabili, già riconosciute come disabili o con disturbi mentali pregressi e al riconoscimento precoce di disturbi mentali prodotti dalla crisi con interventi appropriati e immediati. La formazione degli operatori della salute mentale deve essere appropriata, anche mediante tecniche di apprendimento della resilienza attraverso sistemi tecnologici che ne migliorino il benessere. È fondamentale, durante una pandemia, la presenza di un'unica fonte autorevole, trasparente e tempestiva per gestire in modo efficace l'ansia e la preoccupazione nei cittadini. La comunicazione, in una situazione di emergenza, deve essere semplice, comprensibile e contenere delle indicazioni comportamentali facilmente attuabili dalle persone nella loro quotidianità (ad esempio: lavarsi bene le mani, utilizzare la mascherina, starnutire nel gomito, tenere un'adeguata distanza interpersonale).

È importante che sia solo una fonte ufficiale, come ad esempio il Governo e il Ministero della salute, a diffondere delle notizie in modo da limitare l'impatto delle informazioni diffuse in modo caotico sui social network. Un alto livello di attivazione, stress e di ansia può produrre un effetto paradossale nella popolazione.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-salute-mentale
2. https://sibbm.zanichelli.it/italiano/2020/08/23/covid-19-impatto-sulla-salute-mentale/
3. https://www.ipsico.it/news/limpatto-del-covid-19-sulla-salute-mentale/

MI SENTO DENTRO...

Infermieri & COVID 19

Elisabetta
DE TRIZIO

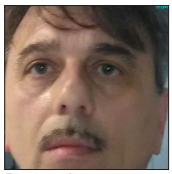
Dopo circa due anni di pandemia mi guardo e vedo una donna diversa.. provata psicologicamente, distrutta fisicamente. Mi guardo indietro e ripercorro gli avvenimenti che mi hanno visto lasciare il mio reparto, chiuso dalla asl per ragioni di sicurezza. Sono stata spostata più volte: prima nel reparto di chirurgia, che aveva accolto le tre specialità chirurgiche con tutte le difficoltà che questo comportava, poi in medicina che, dal punto di vista emotivo, è stata la più devastante. Nel frattempo si coprivano anche i turni al termoscanner all'ingresso dell'ospedale. A volte, sorridendo a me stessa, entravo in ospedale chiedendomi dove mi toccava lavorare quel giorno. No... non è stato affatto facile nè piacevole. Certo a noi è chiesto di sapersi adattare ad ogni reparto, ogni situazione; abbiamo tenuto duro e ci siamo impegnati più che potevamo... ma in alcuni casi tutto questo non sembrava giusto. L'esperienza più dura è stata la medicina, come dicevo prima, perchè i pazienti erano quasi tutti anziani… allettati…. gravi. Inconsapevoli del dramma pandemico, delusi perchè nessuno andava a trovarli e, quando cercavi di spiegarglielo, non riuscivano a capire. Ho usato il mio telefono per tantissime videochiamate a cui ero costretta ad assistere, nelle quali gli anziani guardavano attraverso lo schermo l'interlocutore e non riuscivano a parlare perchè riuscivano solo a piangere. Quanta tristezza!! Ed io, che ho un carattere piuttosto allegro, cercavo in tutti i modi di sollevare il morale, di chiacchierare con loro, di non farli sentire soli. Non c'è più stato un rapporto tra professionisti e degenti, noi eravamo tutto quello che avevano: eravamo mogli, mariti, figli, madri..... tutto!!! Quante persone ho, purtroppo, visto lasciare questo mondo senza nessun conforto... da soli.... e allora, da cristiana e seguendo le indicazioni di Papa Francesco, ho somministrato il sacramento dell'unzione degli infermi... Quanto dolore!! Tutte le volte in reparto cercavo di essere forte, ma poi tornando a casa dovevo fare i conti con la mia fragilità: mi sedevo sul divano e lasciavo scorrere lacrime senza fine. Non riuscivo ad essere la donna di sempre... non avevo voglia di cucinare, pulire, lavare, stirare….. Sono tanti gli episodi che affollano la mia mente ma alcuni li ricordo più di altri. Ricordo una signora di 84 anni che aveva un tumore con metastasi cerebrali che a volte la rendevano meno lucida. Un pomeriggio la trovai in lacrime perchè voleva la mamma... quanta tenerezza mi fece! Pensai di trattarla come faccio con la mia mamma malata di Alzheimer. Le dissi di aver chiamato la sua mamma e che lei mi aveva assicurato che sarebbe arrivata al più presto... i suoi occhi si illuminarono di speranza, di gioia e le sue labbra mi benedicevano. Ho dovuto rifarlo più volte, ma come non aiutare quella donna! L'episodio più doloroso è stato, invece, quello di un paziente terminale che un pomeriggio mi ha chiamata per dirmi che voleva salutarmi perchè stava morendo... provai a sdrammatizzare dicendogli che a decidere è Dio... e che non aveva un accordo con Lui! In lacrime, aggiunse che non gli importava di morire perchè ormai aveva capito che era giunto al termine di questo viaggio, ma aveva solo un unico rimpianto... non poter rivedere e riabbracciare sua moglie ed i suoi figli, sapendo che gli era rimasta quest'ultima possibilità. Con la morte nel cuore provai a cercare nella mia mente e dirgli parole di sollievo, di conforto. Non so se ci riuscii. Il pomeriggio successivo tornai per il turno e non c'era più. Allora chiesi di lui ai colleghi: mi dissero che era stato dimesso in mattinata. Che bella notizia! Almeno era tornato a casa a riabbracciare la sua famiglia! Ero felice! Non mi sono ammalata di Covid 19 ma penso che questo maledetto virus mi sia entrato dentro comunque. I segni delle mascherine sono nell'anima. Dentro non so ancora come sono, se sono gatta oppure leonessa, ma forse mi piacerebbe essere me stessa.

Oggi mi sento psicologicamente e fisicamente a terra, ma consapevole di dover tirare fuori tutta la forza e la grinta che ho per continuare a fare questo meraviglioso lavoro che mi permette di essere accanto ad esseri davvero speciali: gli ammalati! Solo ora, forse, comincio a rialzarmi ma... è dura!

LA SEPSI NEONATALE

Analisi di uno studio italiano su un sistema artificiale intelligente di diagnosi precoce

Raffaele
MANZARI



Domenico
DENTICO

La sepsi neonatale è una sindrome dovuta ad una risposta infiammatoria generalizzata (SIRS) causata da una infezione, solitamente batterica, caratterizzata da segni sistemici (patologia multiorgano) e concomitante positività dell'emocoltura. Il feto e il neonato sono a maggior rischio di infezioni di diversa origine (batterica, virale e fungina) per innumerevoli motivi legati a situazioni di origine materna, a complicanze ostetriche, all'ambiente post-natale, a prematurità, a scarse difese immunitarie e al posizionamento di cateteri venosi centrali, necessari a garantire una terapia di supporto. Considerando le vie di trasmissione le infezioni possono essere a trasmissione verticale, dalla madre al feto/neonato, o a trasmissione orizzontale cioè dall'ambiente al neonato. Le sepsi che possono derivare, in base al periodo di esordio, sono suddivise in due categorie principali:

- Sepsi a esordio precoce (sepsi early-onset, EOS) se si manifestano entro le prime 72 ore di vita.
- Sepsi a esordio tardivo (sepsi late-onset, LOS) se si manifestano successivamente.

Le sepsi EOS sono acquisite prima del parto e dipendono da una serie di fattori perinatali e nella maggior parte dei casi sono causate dallo Streptococco di gruppo B e da microrganismi enterici Gram-negativi, prevalentemente Escherichia coli. Le sepsi precoci sono, molto spesso, legate ad una trasmissione verticale.

Le sepsi LOS colpiscono particolarmente i bambini nelle unità di terapia intensiva neonatale (NICU), soprattutto se pretermine e di basso peso alla nascita a causa di infezioni batteriche contratte nella nursery e quindi sono generalmente acquisite dall'ambiente (infezioni neonatali nosocomiali). L'agente patogeno di frequente riscontro (30-60% dei casi) è lo Stafilococco. Le cause sono legate, frequentemente, alla presenza di dispositivi intravascolari e in particolare a cateteri vascolari centrali. Nelle epidemie di polmonite o sepsi nosocomiali lo Pseudomonas aeruginosa è responsabile, molto spesso, della contaminazione dei circuiti dei ventilatori meccanici. Un altro agente sempre più chiamato in causa nel determinismo delle sepsi ad esordio tardivo è la candida presente nel 12-18% dei neonati di peso estremamente basso. Le sepsi LOS sono quasi sempre espressione di trasmissione orizzontale. Le infezioni virali possono manifestarsi sia come sepsi a esordio precoce che tardivo. I neonati colpiti da sepsi tardive presentano sintomi generalizzati, difficoltà di alimentazione, temperatura corporea instabile, letargia ma soprattutto sintomatologia localizzata, come infezione del tratto urinario, osteoartriti e infezioni dei tessuti molli. L'esordio clinico può essere subdolo, progressivo o fulminante.

Ad oggi, non esiste ancora un consenso riconosciuto a livello globale sulla definizione corretta di sepsi neonatale. Una emocoltura positiva rappresenta il 'Gold standard' per la diagnosi di sepsi ma esiti negativi non escluderebbero in assoluto la presenza di sepsi. Questo esame colturale, inoltre, è considerato un parametro tardivo di valutazione.

L'analisi dello studio

Lo studio considerato focalizza l'attenzione sulle sepsi a esordio tardivo (LOS), rappresentando la prima causa di morte dei neonati VLBW (Very Low Birth Weight), che sopravvivono alla prima settimana di vita. La strategia per contrastare le sepsi comprende tre passaggi principali, vale a dire la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento. La prevenzione rappresenta il massimo atteggiamento efficace contro la sepsi, in particolare la scrupolosa igiene delle mani degli operatori. La diagnosi pre-

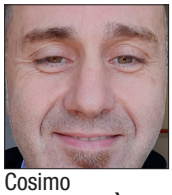
coce condiziona la tempestività di intervento (terapia antibiotica mirata) per ridurre la gravità e la durata della malattia, migliorando gli esiti e riducendo il tasso di mortalità. La diagnosi precoce si basa su test di screening con biomarcatori come la proteina C reattiva (PCR) e la procalcitonina (PCT), che non hanno una forte specificità e spesso rivelano una positività tardiva, concomitante o anche successiva all'esordio clinico. La ricerca del DNA dei patogeni è un metodo costoso e non sempre disponibile, mentre l'emocoltura può produrre falsi negativi e non ha tempi di risposta rapidi. Tutti questi metodi, pertanto, non soddisfano la possibilità di diagnosticare precocemente la sepsi. L'utilizzo di uno strumento che permetta di osservare e monitorare eventi riferibili ad alterazioni della frequenza cardiaca potrebbe, invece, aiutare ad intercettare in anticipo un potenziale stato di sepsi. Un esempio è rappresentato dall'HeRO (Heart Rate Observation), un dispositivo che valuta i cambiamenti nelle caratteristiche della frequenza cardiaca senza contatto diretto perché acquisisce i dati da un monitor multiparametrico cui il neonato è già collegato tramite cavo ed elettrodi. Il verificarsi di decelerazioni transitorie e ripetute delle frequenza cardiaca potrebbero rappresentare degli alert di sepsi neonatale, spesso prima che il paziente mostri segni clinici evidenti. Tuttavia è importante segnalare che esistono una serie di situazioni fisiopatologiche (distensione addominale, apnee, emorragia cerebrale e farmaci) non correlate alla sepsi ma che potrebbero provocare una depressione della variabilità della frequenza cardiaca ed aumento del punteggio HeRO simulando, così, uno stato di sepsi. La decisione di intraprendere una terapia antibiotica diventa difficile se viene considerato il solo punteggio HeRO perché si rischia di trattare con terapia antibiotica tutti i neonati con punteggio positivo. L'obiettivo dello studio è stato quello di fornire al clinico un elevato supporto decisionale individualizzato su ogni singolo paziente attraverso l'utilizzo di un sistema intelligente in grado di acquisire una serie di informazioni dettagliate per una precisa e tempestiva diagnosi di sepsi minimizzando gli errori di falsa positività/negatività del punteggio HeRO. Si è cercato di rispondere alla necessità di ottenere una diagnosi precoce sviluppando un sistema che consideri non solo il punteggio HeRO ma anche le manifestazioni cliniche e altri parametri. Lo studio è stato condotto, in collaborazione tra bioingegneri del Politecnico dell'Università di Bari e dell'Apulian Bioengineering s.r.l. (Modugno-Bari) e clinici dell'U.O.C. - UTIN dell'Ospedale 'Di Venere' - Bari. Il sistema intelligente studiato e ideato è stato chiamato con l'acronimo I.NE.S.S. (Intelligent NEonatal Sepsis Score) e utilizza una appropriata rete neurale artificiale attraverso l'elaborazione dei dati di input.

Lo studio è stato condotto da febbraio 2019 a settembre 2020 e ha coinvolto 21 neonati prematuri VLBW, quasi equamente distribuiti tra maschi e femmine, con età gestazionale compresa tra 23 e 32 settimane e peso tra 480 e 1500 g. Tutti i bambini erano ad alto rischio di contrarre la sepsi a causa del ricovero in terapia intensiva neonatale, prematurità e basso peso alla nascita. I dati clinici utilizzati includevano il peso alla nascita, l'età gestazionale, l'aspetto generale, la presenza di sintomi di sepsi, l'emocoltura, il valore della PCR e PCT, l'acidosi metabolica, la permanenza del catetere venoso centrale (CVC), l'intubazione del paziente e il punteggio HeRO. Su 21 neonati selezionati 4 hanno presentato un punteggio HeRO negativo (<1), mentre in 17 neonati sono state osservate situazioni di alert sollevando il sospetto di sepsi per un totale di 30 segnalazioni (o casi clinici), ma solo in 10 casi è stata confermata la diagnosi di sepsi. HeRO si è dimostrato predittivo di sepsi con una accuratezza del 58,8%, una sensibilità dell'80% e una specificità del 50%. La rete neurale artificiale I.NE.S.S. ha permesso, invece, di ottenere il 94,1% di accuratezza, 80% di sensibilità e 100% di specificità per lo stesso insieme di casi clinici, dimostrando prestazioni diagnostiche più elevate rispetto a HeRO. Il sistema intelligente ha consentito di ottenere risultati più accurati in quei casi (12/20) in cui il punteggio HeRO era francamente positivo (indice > 2), sebbene il paziente non avesse la sepsi (falso positivo). Con questo interessante studio si è dimostrato, sebbene su una piccola coorte di pazienti, che una rete neurale intelligente potrebbe supportare il clinico nelle sue decisioni, azzerando i falsi positivi e quindi evitando di somministrare inutilmente antibiotici ed eseguire prelievi ripetuti sul neonato, ma anche riconoscere i veri positivi dando la possibilità di confermare la diagnosi e iniziare, così, precocemente la terapia antibiotica. Gli Autori alla fine dello studio hanno considerato la possibilità, in futuro, di poter utilizzare I.NE.S.S. su una popolazione più vasta di neonati sia per poter confermare la sua efficacia ma anche per consentire di aggiungere eventuali misure implementative e/o correttive migliorando, così, la capacità predittiva di sepsi del sistema.

BIBLIOGRAFIA

1. Tarricone, F., Bernocco, V., Buongiorno, D., Brunetti, A., D'Orazio, A., Del Vecchio, A., Bevilacqua, V. &Petrillo, F. (2021) 'I.NE.S.S. (Intelligent NEonatal Sepsis Score): an intelligent neural net to support early diagnosis of sepsis in neonates VLBW', Appl. Sci., 11(1), 404.
2. Klaus - Fanaroff's 'Cure del neonato ad alto rischio' 7 ª ed. 2020, Antonio Delfino Editore.

LA FIGURA DELL'INFERMIERE NELLA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE



Cosimo
DELLA PIETÀ

ABSTRACT

Il parto prematuro è un avvenimento che si è sempre verificato nel corso della storia, ma esso negli ultimi 15 anni ha visto mutare i suoi limiti, e cambiare le sue prospettive psicologiche a breve e a lungo termine. È definita normale una gravidanza che dura dalle 37 settimane compiute, alle 42 settimane. Oggi la prematurità è definita come la nascita di un bambino prima della 37° settimana di età gestazionale.

Si possono distinguere bambini molto pretermine, nati prima delle 32 settimane, e bambini estremamente pretermine, nati prima delle 28 settimane.

Dunque, a tal proposito è fondamentale la figura dell'infermiere della Terapia Intensiva Neonatale a cui è richiesto di migliorare le strutture e i ritmi dell'ambiente, per adattare al meglio il neonato all'ambiente extrauterino e per facilitare la crescita e lo sviluppo del feto, in tutti i mesi di degenza.

L'approccio al neonato richiede un atteggiamento di osservazione e ascolto e ciò permette di conoscere le sue esigenze, di averne cura e di poter prevenire le complicanze. Il neonato pretermine all'ingresso in Terapia Intensiva Neonatale è un neonato ad alto rischio e richiede un'attenta valutazione della capacità respiratoria, circolatoria, metabolica e neurologica. Il neonato prematuro non è un'entità individuale, ma è parte di una famiglia ed il suo benessere è strettamente legato al benessere dei genitori; questi ultimi, hanno un ruolo importante, così come la mamma, seppur ancora fisicamente e moralmente provata dalle vicende che hanno portato alla nascita pretermine, può trovare sollievo alle sue ansie e preoccupazioni se viene coinvolta immediatamente nelle cure del neonato. Di grande aiuto, ove possibile, è la presenza del modello Single Family Room: camera che appare accogliente, spaziosa e personalizzabile in base alle esigenze della famiglia, con lo scopo di rendere l'ospedalizzazione meno stressante. Nelle stanze singole unifamiliari sono presenti dei dispositivi di chiamata connessi ad uno smartpager (dispositivo attraverso il quale i sanitari ricevono le chiamate e rispondono agli allarmi), così il genitore senza uscire dalla stanza, in completa comodità, può richiedere assistenza. Questo lavoro di ricerca va ad analizzare la figura dell'infermiere che lavora in TIN andando a porre un accento sulla tempestività e competenze che questo professionista deve possedere. Andremo, in un percorso guidato, ad analizzare in primis l'assistenza infermieristica al neonato prematuro all'ingresso della TIN, per poi continuare con il monitoraggio e l'osservazione, i problemi collaborativi più frequenti correlati al neonato prematuro. Di questi ne individuiamo diversi, ma tra i principali ricordiamo nell'ambito respiratorio: apnee, distress respiratorio, ipossiemia, ipossia; nell'ambito cardiocircolatorio: bradicardia, tachicardia, pervietà del dotto di Botallo e poi, gli squilibri Elettrolitici. L'assistenza infermieristica al prematuro è fondamentale in quanto quest'ultimo è costretto ad affrontare l'ambiente extrauterino e ad adattarsi disponendo di sistemi non ancora maturi.

Sappiamo come le nuove tecniche terapeutiche e mediche abbiano reso possibile la sopravvivenza di neonati con età gestazionale e peso sempre più bassi: il limite fissato per non considerare un parto un aborto è oggi fissato tra le 23 e le 24 settimane. Nonostante questo, il parto pretermine costituisce ancora oggi una patologia della gravidanza di estremo rilievo e uno dei maggiori problemi sanitari: l'1% dei nati prematuri soffre di asfissia polmonare e lo 0,1% di questi soffrirà di encefalopatia neonatale; inoltre, il parto pretermine è attualmente responsabile di circa il 75% delle morti neonatali, 20%

dei ritardi mentali, 30% dei problemi visivi, 50% delle paralisi cerebrali. Globalmente i neonati prematuri costituiscono il 12-15% di tutti i nati. Le cause della prematurità non sono note con certezza. Fra i fattori materni quelli più frequentemente associati con la prematurità sono l'età, le infezioni intrauterine, le patologie dell'annidamento uterino (malformazioni uterine). Fra i fattori legati al feto, per la prematurità i più importanti sono la gemellarità e la presenza di malformazioni a carico del feto.

Nei paesi sviluppati economicamente sopravvivono più del 90% dei neonati con età gestazionale compresa fra 31 e 34 settimane e il 70-75% dei neonati di 25-30 settimane. L'Assistenza Infermieristica si fonda sul concetto di to cure (curare) e to care (prendersi cura). Dal concetto di care, nasce e si sviluppa la Care neonatale, definita come l'insieme di cure e premure rivolte al neonato pretermine messe in atto dal personale infermieristico per rendere meno traumatico il passaggio dall'ambiente intrauterino a quello ospedaliero. Dall'importanza riconosciuta alla famiglia nel processo di cure al neonato, nasce e si sviluppa a partire dal 1958 la definizione del modello assistenziale Family Centered Care. Questo si fonda su principi assistenziali riconosciuti dall'Istitute for Family Centered Care nel 2005 quali:

1. Riconoscere la centralità della famiglia nella vita del bambino;
2. Promuovere la normalità del funzionamento familiare, riconoscendo i suoi punti di forza;
3. Rispondere alle esigenze familiari;
4. Fornire informazioni il più chiare, precise e veritiere possibile;
5. Incoraggiare e facilitare l'accesso alla famiglia nell'unità operativa.

Il neonato ha mostrato un maggior incremento di peso, minor rischio di infezione grazie al precoce allattamento, minor dolore, letargia, ipertonicità, miglioramento e stabilità dei parametri vitali (il tutto derivante dal contatto costante madre/neonato) e la diminuzione dello stress neonatale (resa possibile dalla riduzione degli stimoli sonori e luminosi). I genitori nelle stanze unifamiliari hanno riportato livelli di stress significativamente più bassi, grazie alle informazioni ricevute sullo stato di salute del proprio bambino e sul piano assistenziale da mettere in atto.

Nella fase di monitoraggio – osservazione del neonato vengono presentate indicazioni per l'assistenza di neonati prematuri:

1. Colorito: Il colorito del neonato è normalmente roseo. Nelle prime 24 ore di vita è normale la presenza di cianosi periferica. Il pallore e la cute marezzata sono segni di anemia o ipossiemia.
2. Frequenza respiratoria: Il respiro del neonato è normalmente irregolare per frequenza ed ampiezza; è prevalentemente addominale con una frequenza di atti respiratori 30-60 al minuto. La bradipnea è caratterizzata da una FR regolare < 30/minuto. La tachipnea, dopo la prima ora di vita, è il primo segno di patologia respiratoria, ha lo svantaggio di incrementare il consumo di ossigeno perché determina un aumento del consumo energetico dovuto al maggiore lavoro respiratorio. Oltre alla frequenza respiratoria, si rilevano la presenza di segni di dispnea.
3. Frequenza cardiaca: F.C. normale = 120-160 battiti minuto; con variazioni fisiologiche: nel pianto 180-200 b/min., nel sonno 90-100 b/min. (neonato a termine).
4. Saturazione di ossigeno: Il saturimetro è uno strumento di monitoraggio di utilizzo continuo nel neonato che presenta distress respiratorio, in particolare se sottoposto ad ossigenoterapia. Valori normali: 90-100% (in caso di ossigenoterapia 90-95%).
5. Pressione arteriosa: Esistono tabelle di riferimento nelle quali sono riportati i range dei valori normali di P.A. del neonato.
6. Temperatura corporea: Range: 35,5-37,5°C.

L'ipotermia e l'ipertermia aumentano le richieste di ossigeno perché alterano il metabolismo basale. Il neonato ha bisogno di essere riscaldato. Specie se pretermine o malato, è particolarmente esposto al rischio di ipotermia a causa di: esiguità dell'isolamento (cute sottile, scarse riserve di grasso), ampia superficie corporea, ridotta attività muscolare.

Il piano di assistenza prevede, al momento della stesura, l'elencazione dei Problemi Collaborativi (PC), "certe complicanze che l'infermiere controlla per individuarne la comparsa o una modificazione". I problemi collaborativi presenti all'ingresso del neonato prematuro possono essere:

1. Respiratori: Apnee, Distress Respiratorio, Ipossiemia, Ipercapnia, Ipossia, Displasia broncopolmonare.
2. Cardiocircolatori: Bradicardia, Tachicardia, Pervietà del dotto di botallo.
3. Acidosi-Alcalosi: (respiratoria-metabolica).
4. Squilibri Elettrolitici: Ipocalcemia, Ipoglicemia, Iperglicemia.

Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica o infermieristica volti a ridurre al minimo le complicanze di determinati eventi.

Per i problemi respiratori l'infermiere deve:

- Monitorare i parametri vitali in particolar modo: frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione e temperatura.
- Monitorare la diuresi oraria.
- Controllo del circolo periferico, del colorito, dei movimenti respiratori, dell'atteggiamento posturale e dello stato comportamentale del neonato.
- Se prescritta la somministrazione di ossigeno,

segnare il flusso, la concentrazione, la saturazione e la modalità di erogazione.
- Controllare che la somministrazione di ossigeno sia umidificata e riscaldata.

I metodi più comunemente usati per la somministrazione di ossigeno sono:

a) Flusso di ossigeno incubatrice. È applicabile se non è richiesta una concentrazione di ossigeno elevata (fino al 40%).
b) Occhialini. È applicabile per flussi e concentrazioni di ossigeno molto elevate e può essere utilizzato per lunghi periodi.
c) Con CPAP. È il supporto ventilatorio ideale per il neonato con ipossiemia.
d) Tubo endotracheale per supporto ventilatorio meccanico che diviene necessario quando nel neonato l'attività respiratoria non è sufficientemente valida.

L'infermiere inoltre deve garantire al neonato una postura nel modo in cui respira più agevolmente, in modo tale che il consumo di O2 per il lavoro respiratorio sia minimo. La posizione prona è consigliata come prioritaria nei neonati affetti da insufficienza respiratoria acuta. Questa postura migliora infatti la funzionalità respiratoria.
Variando opportunamente la posizione del neonato: promuoviamo la ventilazione di tutte le aree polmonari; facilitiamo la mobilizzazione delle secrezioni; preveniamo l'insorgenza di infezioni polmonari.
Sicuramente il neonato, nel momento dell'accoglimento, viene messo in posizione supina ed in alcuni casi vi rimane obbligatoriamente per molte ore. Possiamo, in tal caso, garantirgli una buona postura supina: mettiamo un rotolino di panno sotto le spalle in modo da favorire l'estensione del collo e del capo; evitiamo che la testa sia ruotata lateralmente in posizione estrema: un panno posto sotto un lato del viso, riporta la testa in posizione più mediana: aiutiamo il bambino a mantenere una posizione raccolta offrendogli un "nido" di contenimento. Dalla posizione supina è facile portare il piccolo paziente sul semifianco destro o sinistro con l'ausilio di un panno arrotolato che sostenga il corpo lateralmente. Possiamo anche variare l'inclinazione del piano di appoggio sul quale è posto il neonato. Solitamente manteniamo una inclinazione a 30° (testa in alto) perché facilita il lavoro respiratorio ed è in una posizione antireflusso.
Per i problemi cardiocircolatori l'infermiere deve controllare i parametri di funzionalità cardiaca e respiratoria, attraverso il monitoraggio della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della saturazione capillare di ossigeno, del colorito cutaneo.
- Monitorare la diuresi e il bilancio entrate-uscite.
- Su prescrizione medica eseguire eventuali prelievi per esami ematochimici atti a valutare la presenza di anemia.
- Accertare la presenza di segni e sintomi di insufficienza cardiaca (dispnea, tachicardia e tachipnea, sudorazione, edemi).

In caso di acidosi alcalosi l'infermiere deve effettuare:
- Controllo dell'emogasanalisi secondo prescrizione con prelievo capillare.
- Migliorare la ventilazione del neonato con postura adeguata, con broncoaspirazioni.
- Controllo diuresi oraria.
- Monitoraggio dei liquidi in entrata.

Per problemi di natura elettrolitica, l'infermiere deve:
- Garantire un supporto venoso per infondere eventuali liquidi e farmaci, quale un catetere ombelicale o uno percutaneo.
- Eseguire il bilancio delle entrate e delle uscite e la valutazione giornaliera del peso.
- Eseguire controlli glicemici o prelievi ematici per valutazioni elettrolitiche secondo prescrizione medica.
- Controllare fontanella anteriore per eventuale disidratazione.

Il parto pretermine causa nei genitori l'esperienza di sensazioni di perdita di controllo degli eventi, in particolar modo di quelli riguardanti la sopravvivenza del bambino; la coppia genitoriale può esperire una perdita del loro ruolo di responsabilità nei confronti delle scelte che riguardano il proprio figlio; l'aspetto fisico ed esteriore del proprio fragile bambino costituisce una grande fonte di stress.
La nascita prematura si presenti, nella maggior parte dei casi, come un evento inaspettato e inatteso, del quale i genitori si trovano a dover fronteggiare l'urgenza e la delicatezza che lo contraddistinguono. Il personale sanitario e, in particolare, quello infermieristico deve avere una formazione specializzata per attuare l'assistenza personalizzata alla famiglia. Maggior attenzione alla cura porta ad una soddisfazione dell'assistenza da parte della famiglia e del personale sanitario. Lo scopo principale è operare per il benessere del paziente, che in questo caso si configura con la famiglia tutta.

Dott.ssa Daniela Caputo ha collaborato al progetto di ricerca

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. List Luisa, "ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL NEONATO PREMATURO" - Infermiera Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale - Azienda ospedaliera universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi
2. Renzi Cosimo, "PREMATURITA': IL DIFFICILE INIZIO DEL PERCORSO GENITORIALE"
3. Medugno Alessia, https://nursetimes.org/lassistenza-infermieristica-in-terapia-intensiva-neonatale-il-modello-single-family-room/109856 - 18 dicembre 2020
4. http://www.infermiereonline.it/family-centered-care-in-terapia-intensiva-neonatale/- 11 settembre 2020

COMPLETEZZA E QUALITÀ DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Antonella
L'ABBATE

Carmela
MARSEGLIA

La documentazione clinica costituisce la più rilevante risorsa di una organizzazione sanitaria sul piano clinico, scientifico, gestionale, nonché uno strumento di garanzia per l'utente e per i professionisti. La cartella infermieristica è parte integrante della documentazione sanitaria ed è divenuta un'esigenza per il professionista infermiere.

Il processo di assistenza infermieristica è un procedimento scientifico e perciò non può basarsi sulla trasmissione orale delle informazioni o sul facoltativo quaderno delle consegne ma deve avvalersi di uno strumento informativo efficace scritto (o informatizzato).

Ecco perché quando parliamo di cartella infermieristica, ci riferiamo ad un atto pubblico di fede privilegiata, ovvero ad uno strumento che risponde a esigenze legali e perciò deve essere compilato secondo criteri etici e giuridici che facciano riferimento al Codice penale, al Codice deontologico e al profilo professionale dell'infermiere.

Codice civile, art. 2699

"L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato."

Nonostante la sua reale importanza per la professione infermieristica e per l'assistenza al paziente, la cartella viene spesso trascurata o non compilata adeguatamente. A tal fine, il Manuale del Fascicolo di Ricovero della Regione Lombardia elenca i requisiti essenziali per una corretta stesura della cartella infermieristica, che ci aiuta a garantire una qualità documentale.

1. *Rintracciabilità.* S'intende la possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali ed ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero. Nella documentazione sanitaria, per ogni singolo atto, devono essere identificabili: il momento dell'accadimento con data e ora, e gli autori con firma leggibile.
2. *Chiarezza*. La grafia deve essere chiara e riconoscibile, così come la firma dell'infermiere. La terminologia impiegata non deve suscitare dubbi o interpretazioni. Le sigle possono essere utilizzate solo se riconosciute dalla comunità scientifica. Devono essere utilizzate penne a sfera, ad inchiostro nero o blu scuro, rosso solo per evidenziare informazioni particolarmente importanti.
3. *Accuratezza*. I contenuti di un documento devono essere redatti con accuratezza, coerenza e precisione. Le descrizioni dovrebbero conformarsi al linguaggio tecnico professionale.
4. *Veridicità*. Si intende l'attendibilità di tutti i dati e gli eventi registrati in cartella. Le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile. Per la rettifica di un errore materiale è possibile coprire con un tratto l'elemento errato, che deve in ogni caso rimanere leggibile, aggiungendo la scritta corretta, accompagnata da ora e firma del correttore.
5. *Attualità*. Si richiede che gli eventi siano registrati cronologicamente e in un tempo quanto più possibile ravvicinato al loro verificarsi, indicandone data e ora.
6. *Pertinenza*. Tra i principi esposti dall'art.19 del Codice deontologico e dall'art.5 del GDPR, vi è quello di minimizzazione dei dati, vale a dire che essi devono essere «adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati».
7. *Completezza*. Tutti i dati devono essere riportati nelle diverse sezioni della cartella infermieristi-

ca, a garanzia di un quadro obiettivo costantemente aggiornato.

8. *Essenzialità*. Non tutte le procedure infermieristiche vengono annotate, specie se poco rilevanti.

Ricordiamo che tra le finalità della cartella infermieristica, vi è anche quello di indicatore di qualità utili per la Valutazione e Revisione della Qualità, un mezzo di misura del livello reale della qualità dei servizi erogati ma anche un processo dinamico e continuo che, partendo dall'osservazione quotidiana dell'assistenza, individua le possibili carenze e ne propone possibili risoluzioni.

Ecco perché si richiede di prestare particolare attenzione alla qualità intrinseca del documento, ovvero alla sua compilazione garantendo chiarezza, completezza, etc.

D.p.r. 384, art. 135 (28 novembre 1990)

"[…] l'adozione della cartella infermieristica è da considerarsi quale parametro per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica."

Durante il tirocinio formativo universitario, lo studente di infermieristica deve apprendere, non solo la gestione e la presa in carico del paziente, ma anche la corretta compilazione della documentazione infermieristica. Spesso, però, l'infermiere di reparto dedica poco tempo alla stesura della cartella e per lo studente diviene quasi impossibile comprenderne il valore.

Dunque, attraverso lo studio sperimentale della tesi di laurea, conseguita presso l'Università di Bari "Aldo Moro", è stato analizzato il contenuto di 96 cartelle infermieristiche provenienti dalle Unità Operative di Neurochirurgia, Chirurgia Toracica, Neurologia e Cardiologia Universitaria dell'A.O.U. Policlinico di Bari, in modo tale da valutare la loro completezza e qualità mediante la verifica di cinque parametri che riassumono i requisiti descritti precedentemente. Questi sono:

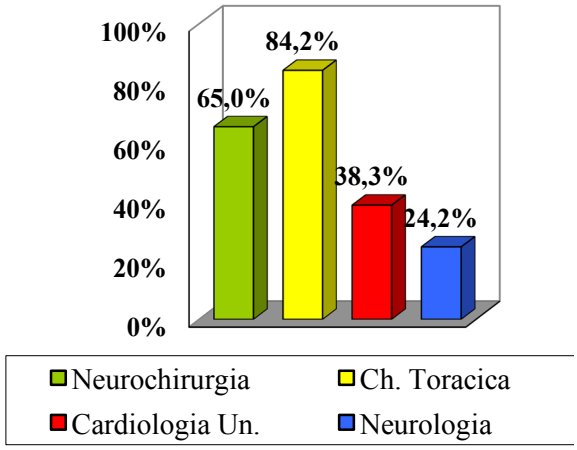
1. PRESENTE -> il dato esaminato risiede nella cartella;
2. COMPLETO -> sono stati riportati tutti i dati necessari e le prestazioni infermieristiche effettuate durante l'intero ricovero compresi i parametri vitali;
3. CORRETTO -> sono state siglate o firmate le modifiche di testo e non ne è stata impedita la loro lettura, sono presenti gli orari delle prestazioni effettuate, è stata utilizzata una penna a sfera blu o nera;
4. LEGGIBILE -> la grafia è chiara e riconoscibile, la terminologia è adeguata, sono state utilizzate solo sigle riconosciute dalla comunità scientifica;
5. REDATTORE IDENTIFICATO -> è presente la firma dell'esecutore delle prestazioni o di chi ne ha rilevato i dati.

Infine, è stato somministrato un questionario agli infermieri delle quattro unità operative, per studiare la loro opinione sull'utilità delle sezioni della cartella infermieristica che sono risultate come le meno compilate.

Dall'analisi dei dati raccolti, si evince che l'infermiere si impegna a raccogliere adeguatamente i dati necessari e relativi al paziente, determinando una conoscenza relativamente completa della persona all'ingresso in Unità Operativa.

Tuttavia, c'è una reale mancanza nel documentare il progetto di assistenza infermieristica (grafico 1), ep-

Grafico 1. **Proposta di piano di assistenza infermieristica**



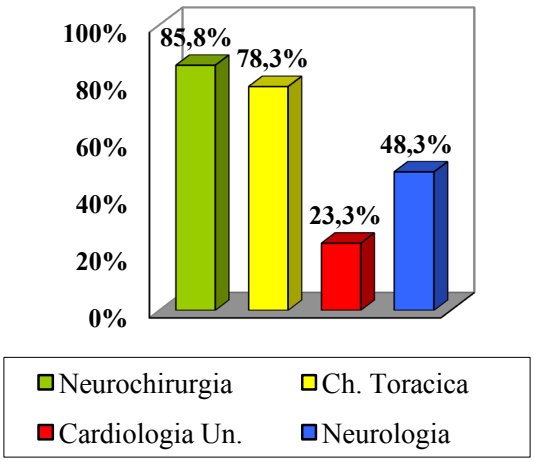
pure sappiamo che i piani assistenziali sono continuamente progettati, modificati e attuati dagli infermieri nel corso della routine perché senza questi non esisterebbe nessuna assistenza. Ciò che manca quasi sempre è la loro codifica in cartella.

L'infermiere deve pianificare l'assistenza e documentarla per iscritto perché la sua stesura consente di convalidare l'adeguatezza dell'assistenza fornita, perché è l'unico mezzo di raccordo tra teoria e prassi della vita in reparto, perché senza una pianificazione verificabile non potrà esservi una buona valutazione.

La sezione successiva della cartella infermieristica riguarda la redazione del diario clinico-infermieristico e i risultati descrivono una ottima completezza e qualità. Ciononostante, dobbiamo comprendere i limiti di questa ricerca: sono stati verificati i nostri cinque parametri ma siamo impossibilitati nell'accertare la veridicità e l'appropriatezza del suo contenuto come individuare il falso ideologico e il falso materiale.

La tesi esamina anche la ridotta valenza attribuita alla registrazione del dolore in cartella (grafico 2), per lo più evidenziata nelle Unità Operative mediche. Bisogna tener presente che quando si parla di

***Grafico 2*. Scheda di rilevazione del dolore**



dolore nelle unità chirurgiche, viene fatto riferimento principalmente al dolore post-operatorio, diversa è invece la concezione del dolore nelle unità operative mediche, in quanto, qui i pazienti non sono sottoposti ad una operazione e difatti il dolore, se presente, è correlato direttamente alla patologia o allo stress che ne segue.

Ad ogni modo, la distinta origine non può attenuare l'importanza della registrazione del dato nell'apposita scheda, dal momento che il dolore è il quinto parametro vitale e, come questi, deve essere rilevato quotidianamente.

Un'ulteriore trascuratezza è stata rilevata nella sezione finale della cartella infermieristica, composta dalla Scheda di Valutazione Infermieristica alla Dimissione e dal Piano di Assistenza Domiciliare.

La qualità e la completezza della prima sezione sono in media il 20% nelle unità operative di Neurochirurgia, Cardiologia e Neurologia, contrastandosi con il 95,8% della Chirurgia Toracica. Questa mancanza non permette di accertare che la nostra assistenza abbia raggiunto gli obiettivi preposti all'ingresso del paziente in U.O.

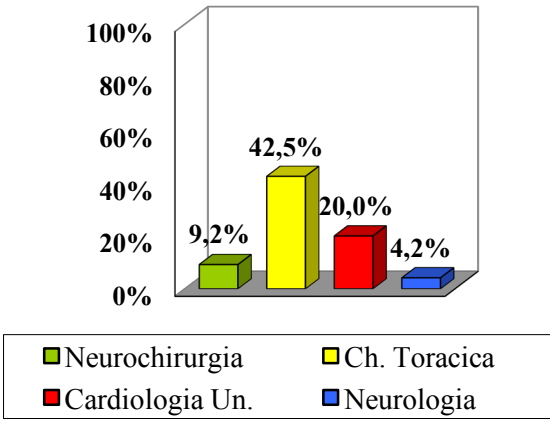
Uno scenario più sfavorevole è osservabile nella stesura della progettazione di un piano di assistenza infermieristica a domicilio (grafico 3), in quanto i dati sono compromettenti in tutte e quattro le unità operative, con una media di qualità e completezza del 19%. Ciò non permette di garantire la continuità assistenziale che dovrebbe progredire, quando necessario, a domicilio o nell'U.O di trasferimento.

Queste mancanze portano ad una minimizzazione delle finalità della cartella infermieristica, e perciò una riduzione della tutela legale del professionista, della qualità dell'assistenza, della integrazione dell'equipe sanitaria ed infine della continuità e individualità assistenziale.

Per questo motivo è necessario rendere gli infermieri consapevoli della rilevanza delle informazioni raccolte mediante lo studio e identificare soluzioni per contrastare il problema.

Un possibile rimedio è il coinvolgimento del personale infermieristico nella ricerca e nell'interpretazione delle linee guida e delle evidenze scientifiche, al

Grafico 3. Piano di assistenza domiciliare



fine di contribuire a creare un clima organizzativo favorevole alle innovazioni, rendendo gli infermieri consapevoli dell'importanza del proprio agire professionale in funzione della pianificazione dell'assistenza.

Inoltre, gli infermieri interrogati sono unanimemente d'accordo sull'aggiornamento della cartella infermieristica attualmente in uso. Pertanto, è indispensabile una revisione concettuale e grafica della cartella per renderla più pratica e conforme alle esigenze dell'infermiere e del paziente, restando sempre devoti all'Evidence Based Nursing.

BIBLIOGRAFIA

1. Mandano, M.A. (2017), Regolamento: Cartella Clinica e Documentazione Sanitaria, RG-01, Ed. 1 Rev. 01 – 04 aprile 2017.
2. Legge 16 marzo 1942, n. 262, art. 2699, Codice civile, "Atto Pubblico".
3. Giuliani, P. et al., Regione Lombardia, Manuale del Fascicolo di Ricovero, 3ª edizione, Rev.01-2021.
4. Hannu & Vuori (1985), "Verifica e revisione della qualità dei servizi sanitari, concetti e metodologia", Edimedica Due, Edizione Italiana.
5. D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384, art. 135, "Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n. 68.
6. Piu, F. (2005). "La documentazione infermieristica come strumento di misurazione della complessità assistenziale e di pianificazione dell'assistenza", Management infermieristico, n.2.

ACCUMULATRICE SERIALE

il disturbo da accumulo (Disposofobia) come patologia ossessiva compulsiva che può condizionare la vita

Vincenzo
INGLESE

Michela
LACASELLA

Il disturbo da accumulo (DA) può colpire anche soggetti giovani e insospettabili. Dietro nasconde un problema che può collegarsi o meno ad altre patologie della mente e per poter essere superato deve essere affrontato generalmente con il supporto di una psicoterapia mirata, non senza qualche difficoltà. Il DA è detto anche disposofobia. Qualche volta questo disturbo è causa di altri comportamenti patologici, ad esempio, è associato al Disturbo Ossessivo Compulsivo, quando l'accumulo è accompagnato da altri sintomi ossessivi o al Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità, quando la persona tende a collezionare. L'individuo affetto da detto disturbo mentale è riconoscibile dall'enorme quantità di oggetti (giornali, abiti, scarpe, pacchetti di sigarette vuoti, confezioni di alimenti, tovaglioli di un ristorante, ma anche libri o altre tipologie di oggetti che con molta probabilità non usa affatto e acquista per colmare le sue carenze psicologiche o qualsiasi altro oggetto, persino rifiuti) con cui si circonda e con cui riempie i propri spazi. Il pensiero tipico dell'accumulatore seriale è la paura di gettare via qualcosa che un giorno o l'altro potrebbe servire. L'accumulo compulsivo è una malattia e come tale va considerato e trattato.

Necessario evidenziare e distinguere la persona che è affetta dal vero disturbo da accumulo (DA) che non riesce a separarsi da nessun oggetto, dalla persona che acquista in maniera compulsiva e non si accontenta mai. La differenza tra la disposofobia e l'hobby del collezionismo è la nozione dello spazio. Nel primo caso, cioè in presenza della patologia, gli oggetti accumulati ingombrano tutto e l'accumulatore seriale non ha più spazio per sé.

Un collezionista è fiero della sua collezione, mentre, nel caso dell'accumulo compulsivo, prevale un sentimento di vergona. Il soggetto che soffre di disposofobia, infatti, evita di parlare delle sue raccolte e tende a isolarsi per non essere costretto a rivelare il suo problema alle altre persone.

Al contrario di quanto si possa immaginare un accumulatore seriale non è una persona anziana non è solo chi soffre di solitudine ma è spesso la manifestazione di un profondo disagio interiore.

Gli accumulatori seriali hanno una grande difficoltà nel separarsi dagli oggetti personali, ciò porta continuamente ad accumulare oggetti e tale situazione nasce da una difficoltà a buttare detti oggetti e/o da un eccesso di acquisti.

È un disturbo caratterizzato dalla difficoltà a buttare cose che circondano la persona che ne è affetta, indipendentemente dal valore, è proprio l'idea di separarsi da queste cose che crea un disagio fortissimo da sopportare.

L'accumulo è imprescindibile, addirittura si accumula la spazzatura o gli animali, non solo oggetti più o meno utili. Alcuni accumulatori seriali hanno la casa invasa e cercano di vivere i pochi spazi che restano liberi, altri affittano magazzini solo per contenere tutto.

La casa di un accumulatore seriale è piena di cose da selezionare e sistemare. Nella sua casa spesso vengono occupati tutti gli spazi liberi, dal pavimento al soffitto, compresi bagno e cucina, con evidenti rischi di natura igienica, nonché di sicurezza sotto il profilo della prevenzione incendi e del carico statico subìto dai pavimenti.

Il problema di accumulo è molto diffuso. Si stima che il 2-5% della popolazione presenta un problema di accumulo con cui convive. Ma solo pochi chiedono aiuto.

Spesso gli accumulatori seriali evitano di parlarne e si isolano.

Chi soffre di questo disturbo può riempire il divano di oggetti al punto di non poterlo usare e accettare questa scomodità piuttosto che liberarsi di tutte le cose che lo circondano.
Una persona con DA potrebbe avere un problema nell'elaborazione delle informazioni, una difficoltà a prendere la decisione di buttare via qualcosa e nell'organizzare gli spazi della propria casa. Non sono capaci di organizzare gli oggetti ma piuttosto li spostano da un punto all'altro della casa senza però risolvere nulla.
Tra loro e gli oggetti che possiedono si sviluppa un legame magico che non può e non deve essere interrotto.
L'attaccamento agli oggetti non è di per sé patologico, ma lo diventa quando la vita quotidiana è messa in crisi, la casa è sommersa da oggetti dei quali non si ricorda nemmeno più la funzione.
I fattori di rischio includono:

- Età. La disposofobia inizia a manifestarsi, di solito, intorno all'età di 11-15 anni e tende a peggiorare con il tempo. I bambini più piccoli possono iniziare a raccogliere oggetti, come giocattoli rotti, scarti della matita temperata e libri obsoleti. La disposofobia è più comune, comunque, negli anziani, che negli adulti più giovani.
- Personalità. Molte persone con disturbo da accumulo hanno un temperamento timido e sono insicure.
- Predisposizione familiare. Se un membro della famiglia presenta disposofobia, è più probabile sviluppare il disturbo.
- Eventi stressanti. Spesso, è la componente affettiva che innesca il processo alla base della disposofobia: alcune persone sviluppano la patologia dopo aver sperimentato un evento di vita stressante, affrontato con difficoltà, come la morte di una persona cara, il divorzio, lo sfratto o la perdita di beni in un incendio. Nell'accumulatore seriale, il fatto di avere tutti questi oggetti attorno a sé ha un effetto rassicurante.
- Isolamento sociale. Le persone con disturbo da accumulo hanno, in genere, interazioni sociali limitate o tendono ad isolarsi. Si viene a creare, infatti, un processo paradossale: accumulando, chi soffre di disposofobia cerca di colmare una carenza affettiva, ma allo stesso tempo si allontana dagli altri.

Il mantenimento dell'igiene diventa impossibile, perfino entrare e uscire dalla porta diventa un problema. L'accumulatore è solitamente una persona sola, la cui rete sociale di supporto, nel tempo, si è quasi sempre sfaldata con l'aggravamento della patologia. I sintomi della disposofobia spesso compaiono nel corso dell'adolescenza. All'inizio, il disturbo può essere lieve ma con l'età può gradualmente peggiorare, causando problemi seri intorno ai 30 anni. Il soggetto affetto da disposofobia ha un bisogno impellente di conservare oggetti e prova una forte angoscia quando è costretto a separarsene o addirittura al solo pensiero di doverlo fare. Il soggetto non ha spazio a sufficienza per sistemare tutti gli oggetti che accumula. Le stanze si riempiono talmente tanto da non essere più vivibili, servono solo ad accumulare oggetti. Gli spazi vitali risultano ingombrati al punto tale da precludere le attività per le quali sono stati inizialmente progettati, in molti casi, addirittura, si vengono a creare condizioni abitative scomode, pericolose e insalubri, in cui le case sono riempite al pieno della loro capacità e la mobilità al loro interno è consentita solo da percorsi stretti e tortuosi, attraverso i mucchi di oggetti in grande disordine, gli oggetti sono accatastati praticamente su tutte le superfici (lavandini, sedie, scrivanie, scale, ecc.).
Il disordine può compromettere la sicurezza e mettere la casa a rischio d'incendio o di animali infestanti.
In alcuni casi, poi, la disposofobia può portare anche a diventare cleptomani o ladri.
La disposofobia può essere causa di una serie di complicazioni, tra cui:

- Condizioni abitative insalubri;
- Incapacità di svolgere le attività quotidiane, come fare il bagno o cucinare;
- Aumento del rischio di lesioni e traumi, spostando gli oggetti o provocandone la caduta;
- Pericolo di incendio;
- Conflitti familiari;
- Solitudine e isolamento sociale;
- Problemi finanziari e legali, tra cui lo sfratto.

Il trattamento del disturbo da accumulo oltre alla terapia farmacologica potrebbe essere utile la terapia cognitivo-comportamentale, progettata su misura per trattare i sintomi specifici dell'accumulo. Per esempio, concentrarsi sull'aiutare i pazienti a scartare oggetti, ad astenersi dall'acquisire nuovi articoli e migliorare le proprie capacità decisionali. Spesso sono necessarie tecniche motivazionali per incoraggiare i pazienti a partecipare e a proseguire la terapia.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.ipsico.it/news/disposofobia-accumulo-compulsivo/
2. http://www.disposofobia.org/
3. http://www.psicoterapie.pro/i-costi-personali-e-sociali-hoarding-disorder-disposofobia-disturbo-da-accumulo/
4. Loredana Lia, Alessandro Serretti, Psichiatria per Professioni Sanitarie

LA MUSICA NEGLI OSPEDALI: UMANIZZARE LE CURE SI PUO'

Lucia
CUPERTINO

La musica arriva dritta al cuore; per cui il messaggio sugli stili di vita, sia come alleati delle cure che come prevenzione, deve arrivare forte e chiaro." Sono queste le parole con cui esordisce, in un'intervista rilasciata al TGR Puglia, la Dott.ssa Antonella Daloiso, giornalista responsabile della segreteria scientifica dell'iniziativa, assieme alla Dott.ssa Maria Grazia Forte (medico nutrizionista SIAN ASL BA), alla Dott.ssa Elisabetta Sbisà (biologa molecolare ITB CNR Bari) ed alla Prof.ssa Anna Maria Sallustio (docente del conservatorio di Bari).

Una magnifica rappresentazione ha preso forma sul palcoscenico dell'auditorium "Nino Rota" del Conservatorio di musica "Nicolò Piccinni" di Bari, lo scorso 9 ottobre 2021, presieduta dal Dott. Geny Palmiotti (medico oncologo direttore di un reparto dell'IRCCS "Giovanni Paolo II" di Bari), grazie ad un accordo preso con il Prof. Corrado Roselli (direttore del Conservatorio di Bari). Le personalità, prima citate, sono già da tempo in contatto tra loro ed hanno collaborato ad una serie di progetti, in virtù di una Convenzione stipulata tra IRCSS e Conservatorio, per portare sollievo ai malati oncologici con la musica; è stato fatto dono di un pianoforte bianco a mezza coda, ora sistemato al centro del reparto "Don Tonino Bello" e messo a disposizione di chiunque, fra sanitari e non, abbia voglia di suonarlo; inoltre, allievi e docenti del Conservatorio offrono degli intermezzi musicali, almeno due volte al mese, a chi attende le cure assieme ai familiari.

Si è trattato di un convegno scientifico-culturale, intitolato "Musica e stili di vita per una strategia anticancro", organizzato dall'Associazione Gabriel, da sempre attenta all'umanizzazione delle cure, in modo particolare nei reparti oncologici, attraverso un linguaggio potente ed universale come la musica. Sono molti gli studi che dimostrano quanto la musica migliori la capacità di gestione delle terapie dei pazienti oncologici, stimolandone la sfera emotiva e relazionale con la potenza delle note, delle pause e dei ritmi. Il tutto porta ad una maggiore compliance del paziente alle terapie e una migliore capacità di gestione degli effetti avversi e di reazione alla malattia in generale, migliorandone anche la prognosi in alcuni casi.

L'ampia tematica, affrontata in maniera multidisciplinare, ha visto la partecipazione di esperti del settore ed Istituzioni, con l'obiettivo di mettere tutti a confronto, per conoscere lo stato dell'arte in musicoterapia e le iniziative che sono in programma per comunicare, relazionare ed educare i pazienti ad uno "stile di vita sano", promuovendo anche la divulgazione delle regole per la prevenzione di patologie a rilevante impatto sociale, come i tumori. La giusta formazione e la corretta informazione possono permettere ai cittadini di mantenersi in salute, seguendo un'alimentazione corretta, un'adeguata attività fisica e comportamenti efficaci nella prevenzione di malattie cardiovascolari, oncologiche e dismetaboliche, abbattendo così anche l'incidenza e i costi, relativi alle indagini diagnostiche e alle terapie, che tali patologie determinano sul SSN.

Quale miglior veicolo esiste per diffondere il messaggio sui corretti stili di vita, se non proprio la musica? È grazie a questo magico canale, che ha preso spunto il dibattito, attraverso cui sono state affrontate le varie tematiche, suddivise in sei tavole rotonde. Il primo concetto introdotto è, infatti, quello del rapporto tra musica e medicina, due discipline, solo apparentemente opposte; in realtà, sono in contatto tra loro sin dai tempi dell'antica Grecia, che le vedeva riunite nell'unica figura divina del dio Apollo. Si tratta di un legame salvifico, che si perpe-

»

tra ormai da secoli in ogni popolo, una unione che non si fonda sulla prevaricazione dell'una sull'altra, ma che vede ognuna delle due con un suo specifico campo d'azione, l'una complementare all'altra. La musica, infatti, non vuole sostituirsi alla medicina, essa non si arroga il diritto di curare i mali, ma di aiutare a sopportarli, di addolcire le pene. Inoltre è già da tempo scientificamente provato che la giusta melodia aiuta a sopportare l'estrema stanchezza persistente derivante dal tumore, a diminuire la paura legata all'ambiente ospedaliero e ad affrontare più facilmente le cure e la permanenza in ospedale. Basti pensare che la nostra musica di vita inizia sin dal concepimento, quando il bambino sente il battito del cuore della mamma, mentre è ancora nel suo ventre. Questa riflessione ha portato a scoperte innovative nel campo dell'UTIN, dove il bimbo viene tenuto sul petto della mamma, in particolare sul lato sinistro del cuore, di modo che il neonato si calmi e cessi il suo pianto incessante. Con l'UTIN, ho citato solo uno degli ambienti sanitari, in cui ci sono molteplici prove di efficacia circa l'applicazione della musicoterapia, come complemento alle cure sanitarie; diversi studi scientifici hanno dimostrato un reale apporto da parte di questa disciplina a beneficio dei parametri fisiologici dell'organismo umano, dalle terapie intensive alle sale operatorie e persino nei reparti di degenza ordinaria.

Una parte rilevante delle tavole rotonde è stata dedicata al particolare connubio che si instaura tra musica e cibo. "La musica si può paragonare alla corretta alimentazione, ad una corretta ricetta, perché c'è armonia nel cibo, cosi come c'è armonia in uno spartito di musica." afferma la Dott.ssa Maria Grazia Forte. Sono stati introdotti concetti, quali Nutrigenetica e nutrigenomica, è stato spiegato come il "quale cibo", il "quanto cibo", il "come e quando mangiare" influenzino simultaneamente l'organismo in positivo o in negativo. "L'arancia è oro la mattina, piombo la sera": il detto viene citato per far comprendere che i cibi devono essere assunti in una certa qualità e quantità durante l'arco della giornata. Anche gli stessi materiali, con cui si manipolano e conservano i cibi, possono rilasciare delle tracce che vanno a contaminarli.

Tra gli stili di vita anticancro, oltre all'alimentazione, meritano particolare attenzione anche le tematiche dello sport e del consumo di fumo, alcool e droghe. Viene ribadita l'importanza dello sport sia nel cittadino sano come prevenzione, sia nel malato di cancro, per il quale si possono elaborare workout specifici. I vari dibattiti del convegno sono stati impreziositi da momenti musicali di altissimo livello culturale, donati da giovani studentesse, dal coro del Conservatorio e dal coro Lucia Greco dell'Associazione Gabriel, oltre che da spazi artistici e gastronomici, tra cui una mostra di sculture, dal nome "Identità sonore" del giovane artista Aurelio Andriani e la straordinaria esperienza multisensoriale col maestro cioccolatiere di Giovinazzo, Nicola Giotti.

Concludo la parte descrittiva della giornata-studio, riportando una nota dell'intervento fatto dalla Prof. ssa Lamanna (docente di pedagogia musicale e psicologia della musica al Conservatorio), la quale ha parlato di un master di 150 ore, stanziato coi fondi della Regione Puglia negli anni 2009-10, di cui 450 ore di tirocinio. Ella riferiva del suo rammarico circa una scarsa adesione del mondo sanitario all'iniziativa dell'epoca e di un interesse dimostrato molto blando. Personalmente, a questo punto, mi sento di lanciare un appello, rivolgendomi alla cara Prof.ssa Lamanna, al mondo universitario, al Conservatorio e alle Istituzioni della Puglia:

"I tempi sono maturi! L'interesse per la musica è ben noto! Sarebbe il caso di riconsiderare l'idea di ripetere il progetto formativo! Credo fortemente nei benefici della musica ad ogni livello della salute. La malattia è ravvisabile come uno squilibrio tra corpo e ambiente e tra corpo e mente, come insegna Ippocrate. Pertanto va curata ristabilendo l'armonia. La musica è uno degli strumenti (non l'unico), complementari alla medicina, che possono contribuire al raggiungimento di quell'armonia. Si potrebbe pensare di promuovere l' informazione e la formazione sui principi basilari della musicoterapia, con l'organizzazione di eventi ECM o anche sotto forma di master di specializzazione post-laurea, per i professionisti del mondo sanitario, che abbiano delle basi di musica e pratica di uno strumento musicale e siano interessati alla tematica."

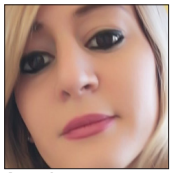
A questo punto ci si potrebbe chiedere: "Perché fare una cosa simile?"

"Perché la musica è scintilla di vita, è il più potente ed universale canale comunicativo di tutti i tempi, unisce popoli di culture diverse con il suo linguaggio universale e diretto, che arriva dritto al cuore, superando ogni barriera linguistica, grazie alla sua capacità unica di suscitare emozioni. È liberatoria e fonte d'espressione, ma anche lenitiva e confortevole per chi soffre.

Avere professionisti della salute, formati in materia, sarebbe un privilegio culturale aggiuntivo per la Sanità Pugliese, perché potrebbe contribuire a migliorare la qualità delle cure mediche e dell'assistenza infermieristica, fornita ai nostri cittadini. Si riuscirebbe a rivalutare la soggettività del malato e la sua relazione terapeutica con medico ed infermiere, all'insegna di un processo di umanizzazione, in un mondo dove gli ospedali si sono trasformati in "fabbriche della salute", fondate sui principi di efficacia, efficienza, appropriatezza ed economicità, portando alla spersonalizzazione della medicina e generando insoddisfazione e sfiducia del malato nei confronti del mondo sanitario."

PREVENZIONE DEI RISCHI OCCUPAZIONALI

L'importanza di una comunicazione efficace sul lavoro



Angela
SARDELLA

A seguito del continuo sviluppo tecnologico sempre più spesso ci sono, nelle aziende, attività nuove, aumentando, conseguentemente, il contenuto e la domanda di conoscenza, imponendo a tutti i lavoratori processi di aggiornamento continui, con strumenti sempre più all'avanguardia.

Di conseguenza cambia lo scenario con cui devono fare i conti i professionisti che collaborano con il datore di lavoro nella gestione della sicurezza in azienda. Viviamo una sorta di rivoluzione nella comunicazione, che sta concretamente modificando le modalità di lavoro che abbiamo fino ad ora sperimentato.

Una condizione di vita e di lavoro che sta trasformando, per molti, i ritmi della gestione dei compiti quotidiani e delle relazioni. Oggi il saper comunicare e il saper usare strumenti e mezzi opportuni per una comunicazione efficiente ed efficace, costituiscono aspetti sempre più importanti in qualsiasi settore e ambito disciplinare.

La comunicazione è uno strumento fondamentale per condividere le informazioni e la conoscenza della condizione di un'organizzazione in termini di salute e sicurezza sul lavoro.

Comunque, il suo maggior contributo sta proprio nella capacità di modificare la cultura esistente creando condizioni e comportamenti di lavoro sicuramente più sostenibili. La comunicazione è quell'attività nella quale ogni lavoratore è quotidianamente coinvolto, la si può definire come lo scambio di informazioni e significati tra persone, attraverso l'uso di segni o di simboli condivisi.

È lo strumento che rende possibile l'interazione sociale e, quindi, lo scambio, la cooperazione tra gli uomini.

Nei luoghi di lavoro la comunicazione assume un valore importantissimo e interviene in qualsiasi ambito aziendale, ed in particolare in riferimento alle tematiche in materia di tutela della salute dei lavoratori e sicurezza nei luoghi di lavoro, in quanto contribuisce in maniera forte e determinante al processo di attuazione delle misure idonee a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza. Chi è impegnato nelle attività di informazione, formazione e addestramento, deve essere consapevole del proprio ruolo e deve essere capace di utilizzare gli strumenti appropriati e di applicare le tecniche necessarie affinché il processo comunicativo risulti efficiente ed efficace.

Una comunicazione mirata e condivisa costituisce un elemento importante per migliorare la qualità negli ambienti e nelle attività di lavoro. Una comunicazione efficace, deve utilizzare i vari strumenti messi a disposizione dalla tecnologia, avvalendosi al contempo dei media tradizionali, per rispondere al bisogno crescente di informazioni aggiornate, tempestive e su misura, dei lavoratori e degli altri soggetti coinvolti, che diventano parte attiva del sistema di prevenzione.

Una comunicazione ben progettata può:

- Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei dipendenti su un problema o una soluzione
- Influenzare o rafforzare percezioni, credenze e atteggiamenti
- Confutare le idee sbagliate
- Mostrare i vantaggi del cambiamento di comportamento
- Educare i lavoratori sulla posizione dell'organizzazione su un problema o una politica di salute
- Rafforzare le relazioni organizzative
- Riallineare le regole o gli standard sociali per il comportamento sul posto di lavoro

Comunque, la comunicazione solitamente deve es- »

sere combinata con altre strategie come l'implementazione di un programma, una politica o un vantaggio relativo alla salute per:

- Superare le barriere sistemiche;
- Produrre comportamenti, cultura e cambiamenti ambientali duraturi a partire dai lavoratori che devono adottare e mantenere nuovi idonei comportamenti, all'organizzazione che deve adottare e mantenere nuove politiche;
- Modificare gli aspetti fisici e/o psicologici dell'ambiente di lavoro;
- Comunicare chiaramente gli obiettivi del programma per la salute nei luoghi di lavoro;
- I materiali e i messaggi dovrebbero essere culturalmente competenti (compresi e applicabili a individui di diverse culture, razze o etnie o lingue) e pertinenti.

La comunicazione è la base di tutte le relazioni interpersonali, e sul lavoro è una materia a cui prestare la dovuta attenzione.

Una buona comunicazione semplifica tutte le procedure di lavoro. Una corretta comunicazione sul lavoro evita fraintendimenti e consente all'intera organizzazione di funzionare bene, tutti elementi verso un obiettivo comune e con piena conoscenza del proprio ambiente.

Nelle riunioni, ad esempio, non è solo il capo che parla, ma anche i partecipanti presenti dovrebbero sentirsi a proprio agio nel contribuire.

Non solo le nuove iniziative devono essere comunicate. La missione e la visione dell'azienda, le proiezioni future, le azioni in corso devono essere comunicati e diffusi in modo che l'entità sia composta da personale impegnato e motivato.

Una comunicazione aperta, trasparente e completa a tutti i membri dell'organizzazione ha sicuramente dei vantaggi, riduce al minimo le incomprensioni e le applicazioni errate delle tecniche.

Facilita l'inserimento di nuovi lavoratori e accetta idee innovative che, nelle organizzazioni di comunicazione chiuse, vengono lasciate da parte, impedendo il pieno avanzamento dei loro progetti. In definitiva si può affermare che l'attività di comunicazione all'interno di ogni organizzazione di lavoro è di fondamentale importanza nel rapporto tra il datore di lavoro ed i lavoratori.

La normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro prevede che i lavoratori siano informati, formati ed addestrati sui rischi presenti in azienda al fine di affrontarli e gestirli nel rispetto della salute e sicurezza dei lavoratori (artt. 36-37 del D. Lgs. 81/2008). Una efficace comunicazione tra datore di lavoro e lavoratori aumenta il benessere motivazionale e ciò porta a sua volta a dei vantaggi sia in termini di sicurezza che di produttività.

Per agire sulla motivazione bisogna puntare sugli elementi essenziali della comunicazione, quali la chiarezza e la comprensibilità delle informazioni. È di fondamentale importanza, quindi, sapere cosa si comunica e come si comunica per ottenere risultati che motivino a gestire il rischio nella propria organizzazione.

Quando si parla di comunicazione del rischio, bisogna sempre tener conto delle ripercussioni emotive e psicologiche degli individui coinvolti.

"La comunicazione relativa ai rischi presenti sul luogo di lavoro deve essere concepita non come processo unidirezionale ma come uno scambio interattivo, un processo di trasmissione di significati tra individui, che dovrebbe comprendere momenti di dibattito, dialogo e informazioni di ritorno, nonché tutte le procedure integrate che coinvolgono le parti lungo lo svolgersi del processo di analisi del rischio"

Possiamo dire che la comunicazione del rischio è uno scambio interattivo di informazioni, sulla valutazione del rischio, decisioni in materia di gestione che riguardano gli elementi di pericolo e dei fattori connessi sia al rischio che alla sua percezione.

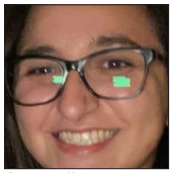
La comunicazione relativa ai rischi presenti sul luogo di lavoro deve essere concepita non come processo unidirezionale ma come uno scambio interattivo, un processo di trasmissione di significati tra individui, che dovrebbe comprendere momenti di dibattito, dialogo e informazioni di ritorno, nonché tutte le procedure integrate che coinvolgono le parti lungo lo svolgersi del processo di analisi del rischio.

Dedicare tempo nella comunicazione del rischio all'inizio della relazione con il lavoratore, dovrebbe aumentare la probabilità che il lavoratore segua accuratamente le indicazioni che gli vengono fornite.

Puntare su una comunicazione efficace aiuta a motivare alla sicurezza in modo duraturo e a diffondere la visione della Sicurezza come scelta aziendale e a trasformare la Sicurezza stessa da un adempimento legislativo obbligatorio ad un sistema per la creazione di un processo lavorativo di qualità, che possa condurre alla prevenzione di infortuni e di situazioni rischiose.

IL BURNOUT NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

L'impatto post-Covid sugli infermieri di Rianimazione



Antonella
PORRELLI

Carmela
MARSEGLIA

BACKGROUND

La psichiatra americana Christina Maslach, nel 1997, definì il Burnout come "una sindrome da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale che può verificarsi in soggetti che svolgono un determinato tipo di lavoro".

Il Burnout è una progressiva perdita d'interesse vissuta dall'operatore verso le persone con le quali entra in contatto durante l'attività lavorativa.

La Maslach evidenzia 3 principali sintomi che vanno a caratterizzare la sindrome:

- Esaurimento emotivo: una sensazione che porta l'operatore a sentirsi emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro. Questa sensazione, nel medio-lungo periodo, potrà manifestarsi con assenteismo e turnover.
- Depersonalizzazione: È una risposta negativa, insensibile è particolarmente indifferente nei confronti dei diversi aspetti del lavoro, in particolar modo nei confronti di quelli che mettono il soggetto in relazione con gli altri. Il lavoratore cerca quindi di evitare qualsiasi coinvolgimento emotivo attraverso un atteggiamento distaccato e di rifiuto nei confronti dell'altro.
- Ridotta realizzazione personale: l'operatore avverte forti sensazioni d'inadeguatezza, d'insuccesso professionale, d'incompetenza nella relazione dell'utente. Questo si manifesterà con un abbassamento dell'autostima e della motivazione.

Tra i principali fattori di rischio ritroviamo, in particolare modo:

la differenza di genere (la donna risulta essere infatti più predisposta a sviluppare la sindrome. Questo è dovuto al fatto che il carico di lavoro a cui è sottoposta la donna è maggiore rispetto a quello a cui è sottoposto l'uomo, sia da un punto di vista lavorativo, sia da un punto di vista familiare);

l'età (i lavoratori giovani sembrano più predisposti rispetto ai colleghi anziani e questo è dovuto ad una netta discrepanza tra quelle che sono le aspettative post-laurea è quella che è la realtà professionale);

il contesto lavorativo generale (l'organizzazione del contesto influisce in maniera molto significativa su quelle che sono le possibili dinamiche conflittuali intra o inter sistemiche).

Nel 2019 l'OMS inserisce il Burnout nell'undicesima edizione dell'International Classification of Disease definendola "una sindrome concettualizzata come conseguenza di stress cronico sul posto di lavoro non gestito con successo" e caratterizzato da "un senso di esaurimento o debolezza energetica; amento dell'isolamento dal proprio lavoro con sentimenti di negativismo o cinismo e ridotta efficacia professionale".

A livello generale è possibile suddividere i sintomi in:

- Sintomi fisici: mal di testa, stanchezza, disturbi del sonno, tensioni, disturbi gastrointestinali, tachicardia, crisi di pianto, dolori diffusi.
- Sintomi psichici: calo della fiducia in se stessi, vuoto interiore, maggiore vulnerabilità in caso di delusioni o perdite, soddisfazione sempre minore sul lavoro, elevata sensibilità allo stress, depressione (malumore, infelicità, mancanza d'interesse ecc.)

Ad oggi, le difese psicologiche specifiche riconosciute in letteratura, che si attiverebbero nella sindrome del Burnout sono: la repressione delle emozioni, lo spostamento, l'umorismo, la fuga nella fantasia, la proiezione e la fuga nella malattia.

Pertanto, particolare importanza, come fattori protettivi, ritroviamo soprattutto l'empatia (migliora la soddisfazione lavorativa e diminuisce la possibili-

»

tà di depersonalizzazione), la regolazione emotiva (che consiste nell'adottare una serie di strategie mirate a far corrispondere l'esperienza interna e la sua manifestazione esterna, con le situazioni sociali e le norme socio-culturali di riferimento) e il mindfulness (tecnica meditativa che si fonda sulla presa di coscienza di sensazioni ed emozioni presenti, con lo scopo di accettarli senza giudizi e valutazioni).
L'elaborato nasce quindi dalla volontà di approfondire il fenomeno del Burnout ed andare ad analizzarne gli eventuali livelli di diffusione nella professione infermieristica, in particolar modo andando a valutare quelle che sono le condizioni psicologiche in cui riversano oggi alcuni dei professionisti sanitari più colpiti da quella che è stata la pandemia da Sars-Cov2/Covid-19.

MATERIALI E METODI

Per questo studio è stato utilizzato il Maslach Burnout Inventory, realizzato nel 1981 da Maslach e Jackson e validato in letteratura. Il MBI è composto da 22 item che servono per misurare le tre dimensioni indipendenti della sindrome di Burnout, ognuna di essa viene poi individuata tramite una specifica sottoscala.
In origine il questionario era rivolto alle professioni di aiuto, ovvero professioni che implicano un'importante interazione emotiva tra l'operatore e l'utente, quindi psicologi, insegnanti, medici, volontari, etc. Successivamente il questionario è stato utilizzato con tutte quelle professioni che richiedono un costante contatto con il pubblico o con persone in stato di bisogno.
In questo caso specifico, il questionario è stato fatto compilare agli infermieri della Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Covid Hospital nel periodo agosto/settembre 2021.

RISULTATI

L'analisi ha portato a rilevare come, dopo quasi due anni da quel primo lockdown, la condizione psicologica in cui riversano gli operatori sanitari non sia delle migliori.
È stata infatti rilevata una forte tendenza a quello che viene chiamato Esaurimento Emotivo, oltre che ad una crescente Depersonalizzazione e ad una ridotta Gratificazione Professionale da parte di alcuni dei professionisti coinvolti.

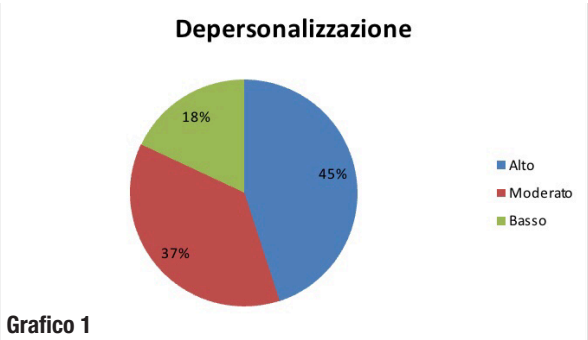


Grafico 1

Nello specifico:

- Per la categoria "Depersonalizzazione" ben il 45% del campione si trova nella fascia alta, il 37% nella fascia moderata e solo il 18% si trova nella fascia bassa (Grafico 1)
- Nella categoria "Esaurimento Emotivo", nonostante il 60% del campione risulti essere nella fascia bassa, ben il 25% del campione si trova nella fascia moderata e il 15% nella fascia alta (Grafico 2)
- Per la categoria "Gratificazione Personale", il 74% del campione si trova nella fascia alta, mentre solo il 20 % si trova nella fascia moderata e il 6% si trova nella fascia bassa (Grafico 3)
- Due dati da non sottovalutare sono quelli riguardanti l'età e il genere degli infermieri che hanno partecipato all'analisi.

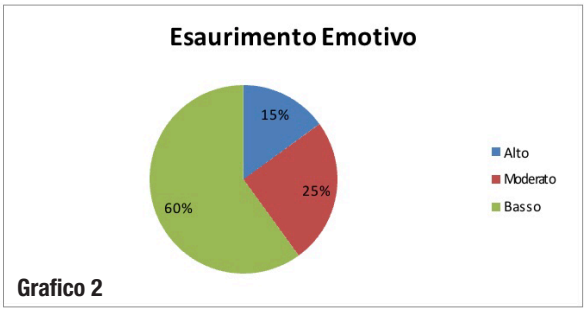


Grafico 2

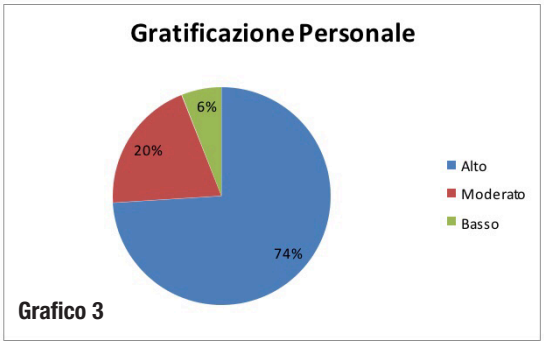


Grafico 3

Importante, infatti, è ricordare che il 70% del campione ha meno di 30 anni, ovvero, più della metà dei professionisti in esame è neo-laureato o ha pochi anni di esperienza, mentre solo il 30% del campione ha più di 30 anni (Grafico 4).
Altro dato significativo è il sesso dei partecipanti all'analisi: quasi la totalità del campione è di sesso femminile (84%), mentre solo una piccola percentuale (16%) è di sesso maschile (Grafico 5).
Com'è stato già sottolineato in precedenza, età e sesso rientrano tra i fattori di rischio di tipo individuali demografici.
In particolare è stato messo in evidenza come il sesso femminile sembri più soggetto a sviluppare la sindrome del burnout. Questo trova ragione nel fatto che il carico di lavoro al quale spesso la donna è sottoposta sia maggiore e sia dovuto, non solo

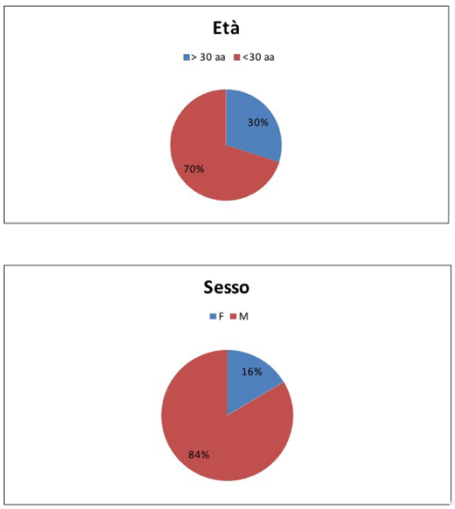


Grafico 4/5

al contesto lavorativo in sé, ma anche al contesto familiare in cui ella si trova. Inoltre, è stato evidenziato come i soggetti più giovani siano molto più a rischio rispetto ai colleghi anziani. Questo è dovuto ad una sorta di contrapposizione tra quelle che sono le aspettative post-laurea e la realtà professionale. Infatti, il periodo a più alto rischio d'insorgenza sembrerebbe essere proprio quello che segue subito l'inserimento lavorativo (tra i 2 e i 4 anni).

CONCLUSIONI

L'infezione da Sars-Cov-2/Covid-19 ha dunque determinato un cambiamento nella qualità e nello stile di vita, degli operatori coinvolti in prima linea durante l'emergenza, e non solo.

La mancanza di DPI adeguati, l'aumento costante dei casi, terapie inadeguate a fronteggiare l'emergenza e il carico di lavoro in aumento, hanno contribuito al rischio di andare incontro ad un livello di stress lavoro-correlato elevato.

A tal proposito, la normativa italiana in materia di igiene e sicurezza e salute sui luoghi di lavoro discende dai principi cardine della Costituzione della Repubblica Italiana e del Codice Civile. Nel 2008, infatti, entra in vigore il decreto legislativo n. 81 che prescrive misure per la tutela della salute e per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro. Questo decreto legislativo regola anche la valutazione del rischio da stress lavoro correlato.

Infatti impone ai datori di lavoro l'obbligo la valutazione di questo rischio al pari di tutti gli altri.

Art. 28 "Oggetto della valutazione dei rischi": la valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), … deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, e …

1-bis. La valutazione dello stress lavoro-correlato di cui al comma 1 è effettuata nel rispetto delle indicazioni di cui all' articolo 6, comma 8, lettera m-quater), e il relativo obbligo decorre dalla elaborazione delle predette indicazioni e comunque, anche in difetto di tale elaborazione, a far data dal 1° agosto 2010. In conclusione, dall'analisi dei dati si potrebbe leggere il bisogno di un intervento di sostegno psicologico, ma questo, le modalità di attuazione o gli operatori a cui può essere rivolto tale sostegno, dovranno essere formulati da un professionista di riferimento. Pertanto i dati elaborati saranno resi disponibili alla Unità Operativa che potrà dare avvio ad ulteriori percorsi di miglioramento e/o sostegno.

Il passaggio di dati avverrà soprattutto perché all'interno di questa analisi si trovano, infermieri neolaureati e/o neoassunti. Questi sono gli infermieri del futuro, questi sono gli infermieri che per ancora molto tempo si prenderanno cura ininterrottamente dei pazienti ed è per questo che l'attenzione nei loro confronti deve essere massima.

SITOGRAFIA

1. WHO (05/19) "Burn-out an "occupational phenomenon": Classification of Diseases", visitato il 10/12/20 < https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn- out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases >
2. Luca Scaramagli (03/16) " Burnout e Mindfulness: un punto d'incontro", visitato l'11/12/20 < https://www.stateofmind.it/2016/11/burnout-mindfulness/>
3. Dr. Andrea Castello (n.d) "Burnout: uno sguardo al fenomeno", visitato il 13/12/20
4. < https://www.psicologiadellavoro.org/burnout-d1/ >
5. Antonio Puleggio, Sandra Sostegni (12/18) "Stress lavorativo, burnout e strategie di coping, attraverso una lettura sistemica del contesto lavorativo" Visitato il 03/04/21 < http://www.exagere.it/stress-lavorativo-burnout-e-strategie-di-coping-attraverso- una-lettura-sistemica-del-contesto-lavorativo/ >
6. FNOPI (12.20) " Infermieri e psicologi: lotta comune al burnout e allo stress lavoro-correlato" visitato il 15/4/21 < https://www.fnopi.it/2020/12/15/infermieri- psicologi-lotta-burnout/ >
7. Giulia Toscano (12/20) " Qualità di vita e stress degli infermieri in era Covid-19", visitato il 03/5/21 < https://www.nurse24.it/studenti/tesi/qualita-vita-stress- infermieri-era-covid-19.html >
8. Dr. Andrea Castello "La scala di Maslach" (n.d), visitato il 03/7/21 < https://www.psicologiadellavoro.org/la-scala-di-maslach/ >
9. Nadia Muscialini (06/21), "Da 'eroi' a dimenticati. Come stanno i sanitari oggi?", visitato il 10/8/21 < https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/06/30/da-eroi-a- dimenticati-come-stanno-i-sanitari-oggi/6245685/ >
10. Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza: Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 (GU n. 101 del 30-4-2008)

LA PERCEZIONE DEI RISCHI SUI LUOGHI DI LAVORO

Elena
CHIEFA

Michele
FIGHERA

Il concetto di rischio è un concetto complesso e multidimensionale poichè assume diversi significati secondo il contesto di riferimento. Infatti, è un termine solitamente associato all'ambito economico-finanziario-assicurativo, ma è anche frequentemente utilizzato in contesti diversi (psicologia, sociologia, geologia, ...). Il rischio è scientificamente calcolato attraverso versioni più o meno simili della formula "Rischio= gravità del danno x probabilità di accadimento x esposizione". È la probabilità che una persona sia danneggiata da un particolare pericolo inteso come un oggetto o un insieme di circostanze potenzialmente in grado di arrecare un danno. È la possibilità di subire un danno connessa a situazioni più o meno prevedibili.

I rischi vanno studiati e conosciuti per identificarli, stimarli e poterli poi tenere sotto controllo, cioè gestirli. Infatti, nei processi di lavoro è impossibile eliminare totalmente i rischi, però è possibile ridurli fino a far divenire il rischio stesso accettabile.

Una persona accetta o rifiuta un rischio in base a diversi fattori. Abitualmente gli individui possono percepire i rischi come trascurabili, accettabili, tollerabili o inaccettabili e li paragonano con i benefici, che dovrebbero superare i rischi.

Queste percezioni sul concetto di rischio possono variare in base a delle caratteristiche quali l'età, il sesso, le basi culturali ed il grado di istruzione della persona ma anche rispetto ad altri fattori come la personalità o la categoria di rischio. In considerazione di questa eterogeneità, necessario identificare gli elementi principali e distinguere tra la componente soggettiva e quella oggettiva.

La componente soggettiva fa riferimento al rischio così come è percepito dai singoli individui ed è basata su fattori puramente soggettivi, come paura e familiarità, cioè dipende dalle capacità percettive delle persone che di volta in volta, mediante i meccanismi mediatici della comunicazione, tendono a dare maggiore importanza ai fattori che forniscono gli stimoli maggiori. La componente oggettiva è invece definita su dati di fatto ed è misurata attraverso operazioni di calcolo delle probabilità ed indicatori statistici (infortuni nei luoghi di lavoro, speranza di vita) e viene calcolato servendosi di analisi probabilistiche e calcoli matematici da esperti.

Una attenta comunicazione sui rischi può minimizzare le differenze di percezione o almeno ridurle in un livello razionale. Una corretta valutazione dei rischi e dei benefici porta a una appropriata individuazione e quindi distribuzione di misure precauzionali (misure per la prevenzione e misure per la protezione). È fondamentale far crescere nei lavoratori una cultura della sicurezza e del controllo delle situazioni vulnerabili, una maggiore attenzione per i fattori di rischio, la consapevolezza delle conseguenze possibili in caso di esposizione, una certa esperienza con i comportamenti individuali e collettivi da adottare nelle specifiche situazioni di emergenza. Spesso gli incidenti accadono per difetto, o di abilità o di conoscenza o di comportamento.

Per ridurre realmente il rischio occorre gestirlo attuando specifiche attività di Informazione, Formazione, Addestramento e ove necessario Aggiornamento continuo. Ogni processo formativo sulla prevenzione dovrebbe iniziare sempre con la sensibilizzazione ai rischi, per poi proseguire con la conoscenza della normativa vigente, che è fatta di diritti ma anche di doveri per i lavoratori.

Sottovalutare un rischio porta a non adottare le doverose misure di prevenzione.

Sopravvalutare un rischio può far percepire come negative delle azioni utili e necessarie per la co-

munità. L'origine di un comportamento errato è riconducibile generalmente a disattenzione, inadeguata preparazione, condizioni psico-fisiche negativamente predisponenti (stress fisico, psicologico ecc.), condizioni ambientali sfavorevoli, eccessiva disinvoltura, pressioni esterne contrarie al corretto comportamento. La promozione della cultura della sicurezza negli ambienti di lavoro e la corretta percezione dei rischi sono fattori importanti nel processo di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.
A questo riguardo il D. Lgs. 81/2008 (Testo unico in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro) conferisce al datore di lavoro specifici obblighi di inti organizzativi.
La sicurezza assoluta non esiste.
Necessario portare, il più possibile, a livello zero il calcolo probabilistico del rischio dell'evento e portare al massimo la sensibilità verso i rischi nei lavoratori. L'Azienda deve aggiornare i rischi presenti nelle attività svolte dai lavoratori e comunicarli a questi. A tale scopo è importantissimo effettuare la valutazione congiunta con i lavoratori ed i loro responsabili. Operare in sicurezza significa avere la percezione dei rischi cui si è esposti.
Ogni processo formativo sulla prevenzione deve iniziare con la sensibilizzazione ai rischi e poi pro-

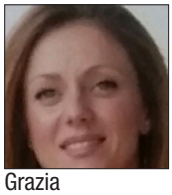
"I bias cognitivi e le euristiche sono dei costrutti fondati su ideologie e pregiudizi che consentono di prendere decisioni ma che possono indurre in errore. Sono costrutti fondati, al di fuori del giudizio critico, su percezioni errate o deformate, su pregiudizi e ideologie; utilizzati spesso per prendere decisioni in fretta e senza fatica."

formazione e formazione dei lavoratori sui rischi lavorativi e la loro prevenzione.
I contenuti, la durata e la modalità della formazione dei lavoratori sono stati definiti dall'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011.
È risaputo come la percezione del rischio in ambito lavorativo sia influenzata da diversi fattori socio-economici e sia associata anche all'informazione ed alla formazione sui temi della salute e sicurezza sul lavoro e all'aver subito danni da lavoro.
L'informazione e la formazione sui rischi occupazionali e la loro prevenzione giocano un ruolo rilevante non solo nella percezione del rischio ma anche nell'adozione di comportamenti di autotutela.
Infatti, l'utilizzo regolare dei dispositivi di protezione individuale, nelle attività lavorative che li richiedono, risulta maggiore tra i lavoratori che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in confronto a chi che non le ha ricevute.
Il percorso da percorrere è quello di implementare, nei lavoratori, la cultura della percezione del rischio e superare le riluttanze verso i cambiamenseguire con la conoscenza della normativa vigente che è fatta di diritti ma anche di doveri per i lavoratori. Infatti, il D. Lgs 81/2008 e s.m.i. propone un sistema di gestione della sicurezza e della salute in ambito lavorativo definendo in modo chiaro sia le responsabilità sia gli attori in ambito aziendale per la salute e la sicurezza dei lavoratori, prevedendo, altresì, l'uniformità della tutela dei lavoratori e delle lavoratrici sul territorio nazionale considerando anche le differenze di genere, di età, della condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati.
La valutazione dei rischi, la scelta delle attrezzature, apparecchiature, strumentazioni di lavoro e le sostanze ed i preparati chimici impiegati, nonché la logistica dei luoghi di lavoro, deve prendere in considerazione tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche i rischi inerenti allo stress lavoro-correlato e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, nonché quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

BIBLIOGRAFIA

1. D. Lgs 81/2008 e s.m.i. "Testo Unico in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro";
2. Savadori, L., & Rumiati, R. (2005), "Nuovi Rischi e Vecchie Paure". Il Mulino;
3. https://www.dpss.unipd.it/JDMLab/aree-di-ricerca/percezione-del-rischio#:~:text=La%20percezione%20del%20rischio%20%C3%A8,che%20coinvolgono%20dei%20rischi%20potenziali;
4. https://www.frareg.com/it/sicurezza-sul-lavoro/percezione-del-rischio-e-sicurezza-sul-lavoro;
5. https://www.vegaengineering.com/servizi/cose-e-come-gestire-la-percezione-del-rischio-sul-lavoro;
6. https://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/approfondimento-C-8/percezione-del-rischio-sicurezza-sul-lavoro-AR-12169;
7. https://www.iltascabile.com/scienze/percezione-rischio-coronavirus;
8. https://www.iss.it/documents/20126/2663591/DeMei_Possenti_1b.pdf/0f553cf2-963e-7a57-d0779ffc32cffd?t=1576433042692.

I RISCHI PSICOSOCIALI E LORO EFFETTI SULLA SALUTE DEI LAVORATORI



Grazia
LADDAGA

Antonella
TARTARO

Nelle strutture sanitarie (Ospedali, Distretti Socio Sanitari, Dipartimenti) ancora molti sono gli eventi di natura infortunistica e molte sono le malattie professionali. Ogni evento infortunistico può essere analizzato da differenti punti di vista:

- medico (prevenzione e cura dei danni da infortunio e malattie professionali);
- ergonomico (compatibilità fra essere umano, macchine e ambiente);
- tecnico-ingegneristico (a livello di progettazione degli strumenti);
- socio-psicologico.

L'attuazione della prevenzione nelle organizzazioni, di qualunque dimensione e settore di attività, è un problema prevalentemente gestionale che deve essere progettato, promosso e controllato da tutti gli attori della prevenzione coinvolti ed individuati dalle vigenti specifiche normative. Per molti datori di lavoro la prevenzione è ancora oggi vista come un obbligo formale il cui adempimento è spesso attuato su base cartacea e come un problema tecnico da delegare agli specialisti. Come in ogni sistema sociale, anche nei luoghi di lavoro il comportamento individuale è in gran parte influenzato da altre persone, dai processi di influenza reciproca, dai valori, dalle norme, perciò, una notevole attribuzione di responsabilità, è in capo al "Preposto" (coordinatori: infermieristici, TSLB, TSRM, Assistenti sanitari, …). Il Codice Civile all'articolo 2087 recita che il datore di lavoro deve adoperarsi, nello svolgimento di quella che è una specifica attività professionale, con una diligenza particolare, in base alla quale deve adottare tutte le misure dettate dalla particolarità del lavoro, individuando rischi specifici, prevedendo le conseguenze dannose, sulla scorta di eventi già verificatisi e di pericoli già valutati in precedenza e dalla tecnica, in base alle nuove conoscenze in materia di sicurezza messe a disposizione dal progresso tecnico-scientifico. Praticamente trattasi del principio fondamentale della massima sicurezza tecnologicamente fattibile che evidenzia l'obbligazione effettiva del datore di lavoro in quanto primo garante dell'obbligo di sicurezza, verso tutti i lavoratori, di perseguire costantemente la massima sicurezza tecnica, organizzativa o procedurale fattibile. Le regole di condotta preventiva stabilite dall'art. 2087 del Codice Civile concorrono ad integrare e perfezionare le fattispecie delittuose di cui agli art. 589 e 590 del Codice Penale (omicidio colposo e lesioni personali colpose).

L'articolo 15 del D. Lgs 81/2008 ribadisce due concetti fondamentali della nuova sicurezza sul lavoro:

1. il primo è che la valutazione di tutti i rischi rappresenta la base fondamentale del meccanismo prevenzionistico, su cui vi è una serie di conseguenti adempimenti (informazione, formazione, addestramento, sorveglianza sanitaria, scelta dei DPI, ecc.);
2. il secondo è che la sicurezza non deve essere sporadica ma programmata in tutti i suoi aspetti attraverso un nuovo modo di strutturare il sistema di sicurezza e salute sul lavoro; necessario prestare particolare attenzione alla programmazione delle misure migliorative, adottando anche codici di condotta e buone prassi.

La valutazione di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, deve essere globale e documentata e finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure

atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza. Attraverso detto processo devono essere identificate le sorgenti di rischio ed i rischi da esposizione presenti al fine di eliminarli e, ove ciò non è possibile, ridurli al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico. Tra i numerosi fattori generatori di rischio vi sono le inadempienze da parte delle aziende rispetto alle normative vigenti e la sottovalutazione dei rischi da parte dei lavoratori. Elevati ritmi di lavoro, turni, attività ripetitive ed altre variabili organizzative possono provocare la perdita di concentrazione, cali di attenzione e la tendenza ad evitare l'utilizzo di dispositivi di protezione per operare più agevolmente; le conseguenze possono risultare la messa in atto di comportamenti rischiosi. Reason (1990) divide le azioni pericolose in due grandi categorie: le attività non intenzionali e quelle intenzionali. Le azioni non intenzionali sono a loro volta divise in due classi, gli slips e i lapses (dimenticanze) e le azioni intenzionali in mistakes (errori) e violazioni. Gli slips e i lapses vengono definiti come fallimenti riguardanti l'esecuzione. I mistakes vengono considerati come deficienze o fallimenti nel criterio di giudizio e/o nei processi inferenziali coinvolti nella selezione di un obiettivo, o nel modo per realizzarlo. Gli errori, quindi, sono riferiti esplicitamente al funzionamento cognitivo. Slips, lapses e mistakes vengono definiti come tipici errori di base; collegati cioè al contesto presente al momento e derivano dai fallimenti inferenziali, mnestici e attentivi.
Le violazioni, al contrario, possono essere viste come un rifiuto intenzionale delle procedure e delle regole da parte del lavoratore come singolo o come gruppo. Le procedure possono essere ignorate o non rispettate per molte ragioni e senza avere l'intenzione di causare un guasto, danni irreparabili o un grave danno a sé o agli altri. La sicurezza deve essere progettata come un capitale importante e le organizzazioni devono creare condizioni culturali (regole, procedure, addestramento, ...) per aumentare la sicurezza sul lavoro. Il clima di sicurezza è riferito alle percezioni che i lavoratori hanno rispetto al grado di impegno che la loro organizzazione manifesta verso i problemi della sicurezza. Sicuramente nelle organizzazioni dove si riscontra una bassa percentuale di incidenti, si applicano, indubitabilmente, alcune caratteristiche organizzative distintive come:

a) il coinvolgimento personale della dirigenza e di altri manager in attività di sicurezza;
b) l'importanza che viene data alla formazione alla sicurezza;
c) l'esistenza di una comunicazione aperta e reciproca tra i vari livelli aziendali e un frequente contatto fra il management e i lavoratori;
d) un elevato livello di ordine nelle operazioni eseguite e l'ampia diffusione di apparecchiature di sicurezza.

L'attenzione della direzione verso il benessere dei lavoratori e le azioni da mettere in atto al fine di migliorarne il benessere sono una determinante di un buon clima di sicurezza. Gli atteggiamenti individuali dei lavoratori verso la sicurezza sono uno dei fattori che incidono sulla qualità del clima di sicurezza all'interno di un'organizzazione. La rappresentazione che un individuo si forma su ciò che lo circonda non è una semplice descrizione di cose, fatti o persone ma è soprattutto una valutazione su quanto è presente nel suo mondo sociale.Formare alla sicurezza, alla salute e alla prevenzione nei luoghi di lavoro significa apportare un profondo cambiamento culturale all'interno delle organizzazioni; non deve essere un momento sporadico di intervento ma un percorso interno e integrato con il sistema organizzativo, andando oltre l'attuazione degli obblighi di legge per definire un processo che deve partire dalla individuazione dei bisogni formativi e deve concludersi con la valutazione dell'efficacia. Alcune tecniche formative possono risultare più efficaci per garantire una stabilità dell'apprendimento nel tempo ed una reale modificazione dei comportamenti di sicurezza.
È possibile identificare almeno tre parametri che si ritrovano in ogni azione formativa:

1. lo stile di conduzione del momento formativo (accademico-frontale, attivo-in interazione);
2. il focus dell'azione formativa (sui contenuti, per far conoscere informazioni, o sui processi, per far acquisire strategie di apprendimento);
3. il livello di strutturazione (aver definito con precisione momenti e sequenze o lasciare che sia la situazione contingente a guidare lo svolgimento dell'azione formativa).

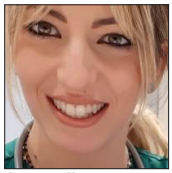
Formare alla sicurezza deve servire ad aumentare la consapevolezza di chi lavora, a stimolare piena consapevolezza dei pericoli, del ruolo e delle responsabilità ed a superare la convinzione che l'esperienza professionale da sola basta ad evitare eventi sgradevoli riducendo al minimo gli incidenti e i tassi di infortunio. Per migliorare continuamente gli standard di sicurezza è necessario un piano di mantenimento che richiede il rafforzamento degli sforzi di formazione per convertire la riduzione degli errori a breve termine in una cultura a lungo termine, in grado di eliminare gli errori rischiosi.

BIBLIOGRAFIA

1. Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 sullo stress sul lavoro;
2. Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro "Lavorare con stress. Prevenzione pratica dei rischi psicosociali e dello stress sul lavoro", Spagna 2003;
3. D. Lgs 81/2008 e s.m.i. - T.U. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

GREEN PASS 3G E 2G

3G e 2G: due sigle che indicano diversi approcci alle limitazioni



Antonella
MANFREDI

In questi giorni, anche se i casi positivi al SARS-CoV-2/COVID19 ed il numero di pazienti ospedalizzati sono sicuramente inferiori rispetto a un anno fa, si sente parlare di nuove restrizioni sul rilascio del green pass e di modelli 2G e 3G. Queste due sigle sono utilizzate nei paesi di lingua tedesca e indicano due tipi di approccio alle limitazioni di accesso nei luoghi aperti al pubblico. Quindi, green pass 3G (deriva dal tedesco geimpft, genesen e getestet cioè vaccinato, guarito o testato) e 2G (deriva dal tedesco geimpft e genesen cioè vaccinato, guarito) rappresentano le due tipologie di green pass introdotte dal 06/12/2021 in Italia.
Con il D.L. n. 172/2021, convertito in Legge n. 3 del 21/01/2022, la Certificazione Verde Covid italiana prevede il Super Green Pass, o Green Pass rafforzato, per chi è vaccinato o guarito dal Covid-19. Il testo del D.L. fissa una serie di misure di contenimento della "quarta ondata" della pandemia, differenziandole in 4 ambiti:

1. obbligo vaccinale e terza dose;
2. estensione dell'obbligo vaccinale a nuove categorie;
3. istituzione del Green Pass rafforzato;
4. rafforzamento dei controlli e campagne promozionali sulla vaccinazione.

Il D.L. prevede l'estensione dell'obbligo vaccinale alla terza dose e l'estensione dell'obbligo vaccinale a ulteriori categorie di soggetti (personale amministrativo della sanità, docenti e personale amministrativo della scuola, militari, forze di polizia compresa anche la polizia penitenziaria, personale del soccorso pubblico) con decorrenza dal 15/12/2021. Prevede, altresì, la riduzione della durata di validità del Green Pass e precisamente dagli attuali 12 mesi a 9 mesi. Inoltre, l'obbligo di Green Pass viene esteso anche ad altri settori (alberghi; spogliatoi per l'attività sportiva; servizi di trasporto ferroviario regionale e interregionale; servizi di trasporto pubblico locale). Il D.L. n. 1 del 07/01/2022, in vigore dall'8 gennaio, introduce l'obbligo vaccinale per tutti coloro che hanno compiuto i 50 anni di età in su, fino al 15/06/2022 ed estende l'obbligo vaccinale per tutto il personale universitario (indipendentemente dall'età) parificandolo a quello scolastico (l'obbligatorietà della vaccinazione era prevista dal 15/12/2022 dal Decreto sul Super Green Pass).
Quindi, conseguenzialmente il decreto apporta nuove misure restrittive all'accesso nei luoghi di lavoro, a partire dal 15/02/2021, per i lavoratori dai 50 anni di età in su, sprovvisti di Super Green Pass. Quindi, i lavoratori dai 50 anni di età che comunicano di non essere in possesso della certificazione verde COVID-19 e risultano privi della stessa al momento di accedere ai luoghi di lavoro, sono considerati assenti ingiustificati, senza conseguenze disciplinari e con diritto alla conservazione del rapporto di lavoro, fino alla presentazione della certificazione, e comunque non oltre il 15/06/2022. La violazione delle disposizioni in materia di Super Green Pass comporta la sanzione del pagamento di una somma da euro 600 a euro 1.500 (la sanzione è irrogata dal prefetto). In base al nuovo art. 4-sexies (sanzioni pecuniarie). in caso di inosservanza dell'obbligo vaccinale per gli ultra-cinquantenni si applica la sanzione amministrativa pecuniaria di euro 100 in caso di:

- soggetti che alla data del 01/02/2022 non abbiano iniziato il ciclo vaccinale primario;
- soggetti che a decorrere dal 01/02/2022 non abbiano effettuato la dose di completamento del ciclo vaccinale primario;
- soggetti che a decorrere dal 01/02/2022 non abbiano effettuato la dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale primario entro i termini di validità delle certificazioni verdi COVID-19.

Ormai si assiste a continui cambiamenti, in pochi giorni dall'emanazione dell'ultima norma in cui le regole erano state nuovamente cambiate, cambia tutto un'altra volta. In considerazione delle nuove disposizioni, si evince che i non vaccinati potranno accedere solo al supermercato e in farmacia.
Le nuove regole elencano delle possibili eccezioni e praticamente che "l'obbligo non sussiste in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal medico vaccinatore, nel rispetto delle circolari del Ministero della salute in materia di esenzione dalla vaccinazione anti SARS-CoV-2; in tali casi la vaccinazione può essere omessa o differita". Sicuramente, tali obblighi sembrano avere ricadute, fortemente negative, sulla libertà al lavoro che è tutelata dalla costituzione italiana (Art. 1: "l'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro. …"; Art. 3: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. …."; Art. 4: "la Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, una attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.") e inoltre molti ritengono che le misure individuate siano senza solidi fondamenti scientifici. Un obbligo vaccinale che non si vede in tutto il mondo. Con questa nuova misura l'Italia dei tecnocrati cinici escluderà dal mondo del lavoro e dalla società milioni di persone, creando ed aumentando un gran numero di emarginati e senza diritti. Concittadini che hanno scelto legittimamente di non vaccinarsi e che sicuramente cercheranno forme alternative e illegali di lavoro. Cosa resta della dignità di una persona se gli si toglie il lavoro, lo stipendio, i mezzi di trasporto pubblici, le relazioni di società, e tutto quanto prevedono le sanzioni per i non vaccinati? L'impressione è che alcuni politici si sono attribuiti il diritto di gestire l'esistenza di tutti i cittadini, pretendendo pure, in un certo senso, di disporre del corpo altrui (violazione dell'art. 5 del CC "atti di disposizione del proprio corpo." ...).
L'art. 1, co. 1, lett. a del DL n. 5 del 04/02/2022 introduce inoltre una discriminazione nella durata del green pass tra i vaccinati con ciclo primario ed i vaccinati con tre dosi. Per i primi il green pass dura sei mesi, per gli altri non vi è necessità di ulteriori dosi di richiamo cioè dura in aeternum. Una discriminazione che non trova ragione nella scienza, infatti, le evidenze scientifiche indicano che il livello di anticorpi decade invariabilmente in tutti i vaccinati dopo pochissime settimane. Al cittadino non vaccinato o vaccinato con green pass scaduto è impedito qualsiasi spostamento con mezzi di trasporto pubblico, soggiorno in hotel, accesso a luoghi di ristorazione, pur con un tampone negativo, cioè nonostante l'evidenza diagnostica di assenza di carica virale. Per molti cittadini, con le attuali regole, non è più possibile ottenere sostentamento per sé e per la propria famiglia, non possono più svolgere tutti quei lavori che richiedono l'utilizzo dei mezzi di linea o partecipare a congressi o soggiornare in strutture ricettive. Sono messi in serio pericolo possibilità di cure, rapporti familiari e affettivi, ma anche in generale i più elementari aspetti sociali e la dignità stessa. Altre attività quotidiane, come inviare una raccomandata, effettuare un pagamento postale o bancario sono rese impossibili se non di volta in volta programmando tamponi.
La discriminazione con green pass sembra riguardare anche i minori, ossia i soggetti più vulnerabili, causando loro inutili disagi ed emarginazione. Il tutto è alimentato da un'assillante narrazione mediatica, tesa ad indicare i bambini ed i ragazzi quali diffusori di malattia, con conseguente loro colpevolizzazione. Queste norme stanno comportando, sempre più, una pericolosa frattura nelle relazioni tra i cittadini stessi, minando seriamente le basi costituzionali per la promozione della pacifica ed armoniosa convivenza civile. L'impressione sembra di oppressione economica e psicologica per forzare a un trattamento sanitario formalmente libero, non sussistendo un t.s.o. generalizzato.
Ogni Infermiere e tutti gli operatori sanitari, al momento di essere ammessi quali membri della professione, consacrano la propria vita al servizio dell'umanità e "giurano" di rispettare la vita umana in ogni circostanza dal suo inizio fino alla morte, di curare tutti i malati con uguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che lo ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Decreto-Legge 26 novembre 2021, n. 172 "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali";
2. Decreto-Legge 4 febbraio 2022, n. 5 "Misure urgenti in materia di certificazioni verdi COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività nell'ambito del sistema educativo, scolastico e formativo";
3. FNOPI, Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, 2019;
4. https://www.altalex.com/documents/news/2021/11/25/super-green-pass-governo-ha-approvato-decreto-legge
5. https://www.insic.it/sicurezza-sul-lavoro/decreto-covid-dicembre-le-restrizioni-a-partire-dal-6-dicembre-al-15-gennaio-2021/
6. https://www.filodiritto.com/sileri-e-i-senza-vergogna-che-rivendicano-la-persecuzione
7. https://www.insic.it/tag/green-pass-covid/

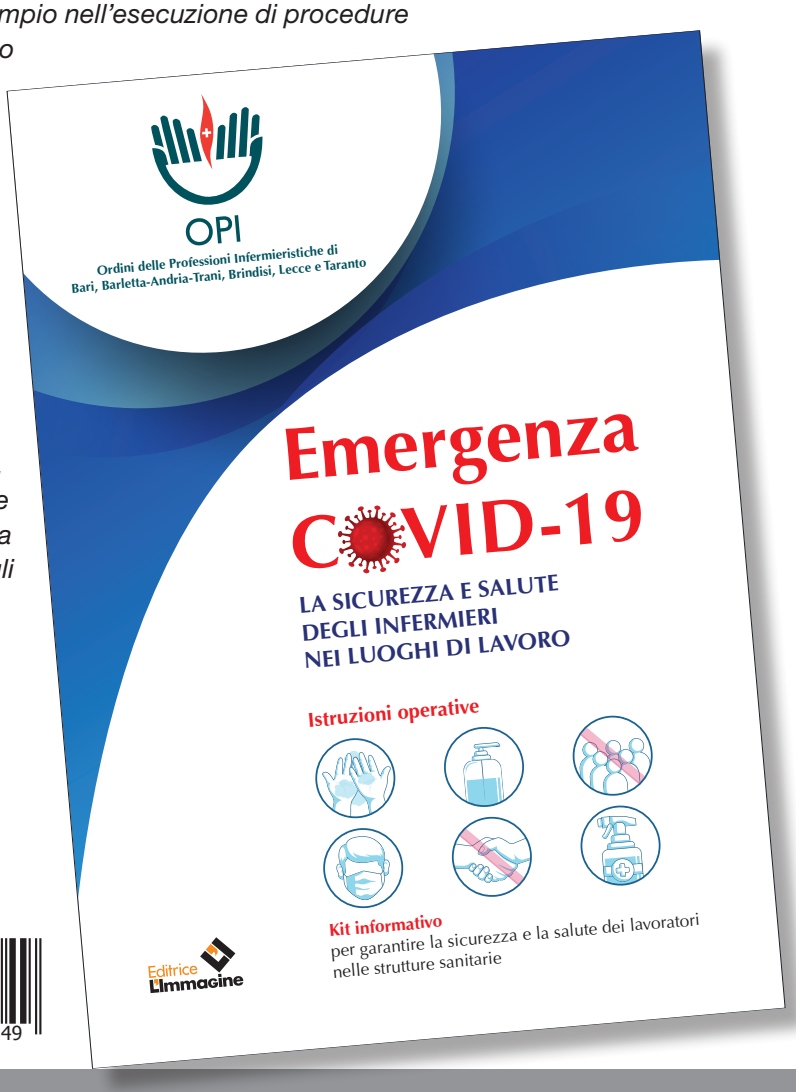
CORONAVIRUS E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE: COSA SONO E COME SCEGLIERE QUELLI GIUSTI

Il particolare momento che sta vivendo il mondo Sanitario del nostro Paese, a causa della pandemia da SARS-CoV-2/Covid19, richiede indicazioni dettagliate relativamente ai Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) idonei a proteggere i lavoratori della sanità dal rischio di esposizione ad agenti biologici.

I DPI sono attrezzature utilizzate per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori (guanti, occhiali, visiere, maschere facciali filtranti, scarpe, ecc.). Il loro utilizzo è raccomandato quando, malgrado l'applicazione delle misure di prevenzione e protezione collettive, i rischi residui non sono eliminati o ridotti a livelli accettabili e pertanto devono essere ulteriormente contenuti. I DPI sono classificati in 3 categorie (Regolamento UE 2016/425):

- *1° categoria: di progettazione semplice (guanti generici per normali attività di pulizia, creme barriera)*
- *2° categoria: dispositivi non inclusi nei gruppi I e III*
- *3° categoria: di progettazione complessa, destinati a proteggere da lesioni gravi, permanenti o dalla morte (ad es. protezione delle vie respiratorie da agenti biologici pericolosi) per l'utilizzo dei quali è obbligatorio l'addestramento per esempio nell'esecuzione di procedure assistenziali che possono aumentare il rischio di dispersione nell'aria di secrezioni respiratorie (come ad esempio in caso di broncoscopia, aerosolterapia,…) è raccomandabile dotarsi di protezioni aventi efficienza filtrante P3.*

Al termine della procedura di valutazione dei rischi, nel Documento di Valutazione dei Rischi devono essere indicati i DPI da indossare nelle attività lavorative che espongono ai fattori di rischio. Gli indumenti da lavoro (divise, camici, ...) non sono considerati DPI, infatti, non proteggono il lavoratore dai rischi specifici, servono ad evitare di sporcare gli abiti civili, e devono essere rimossi quando il lavoratore lascia l'area di lavoro, conservati separatamente dagli indumenti personali..



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.

9 788898 263349