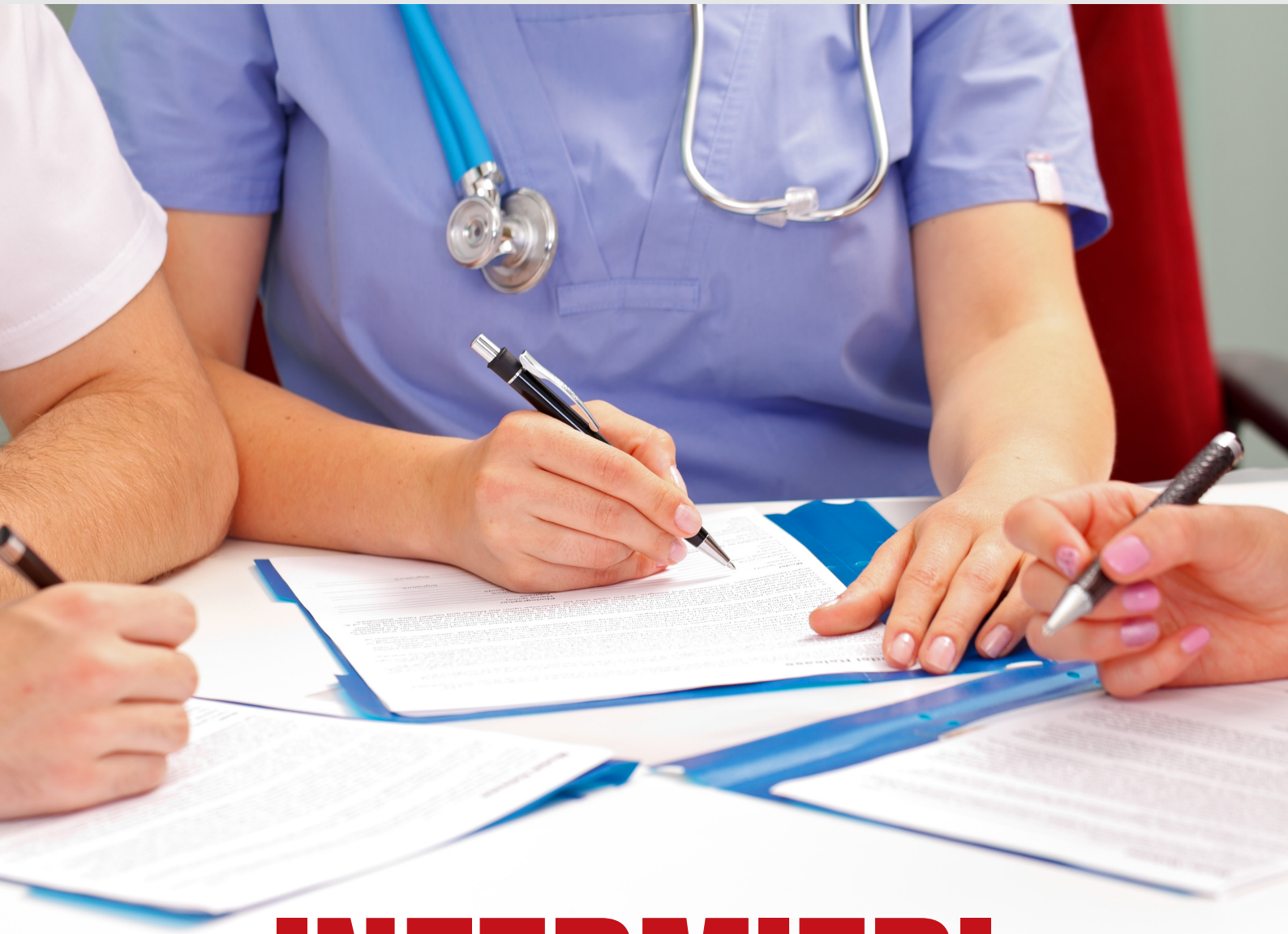
Filodiretto

NUMERO 3/4

Anno XXXX / numero 3/4 marzo/luglio 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



INFERMIERI, pronto il *"nuovo"* CONTRATTO

EDITORIALE
Infermieri & rinnovo CCNL del pubblico impiego

PRIMO PIANO
La Regione Puglia annuncia seimila assunzioni in sanità

PROFESSIONE IN AZIONE
Asma bronchiale e qualità della vita dell'individuo

SICUREZZA & BENESSERE
I luoghi di lavoro e la cultura della sicurezza

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° 3/4 marzo/luglio 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 20 luglio 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
Valentina Caponio, Elena Chiefa, Maria Colapinto, Cosimo Della Pietà, Domenico Dentico, Marilena Dilorenzo, Francesco Germini, Vincenzo Inglese, Adriana Laterza, Rossella Lippolis, Raffaele Manzari, Ombretta Massetti, Giovanni Andrea Morabito, Cinzia Papappicco, Chiara Perniola, Nicola Romano, Angela Sardella, Maria Scalzo, Rosa Tedesco.

SOMMARIO

NUMERO 3/4

EDITORIALE

3 **INFERMIERI & RINNOVO CCNL DEL PUBBLICO IMPIEGO**
Saverio **ANDREULA**

PRIMO PIANO

5 **RINNOVO CONTRATTO SANITÀ E LA FELICE INTUIZIONE DELL'OPI**
Salvatore **PETRAROLO**

7 **LA REGIONE PUGLIA ANNUNCIA SEIMILA ASSUNZIONI IN SANITÀ**
Salvatore **PETRAROLO**

PROFESSIONE IN AZIONE

9 **IL KNOWLEDGE MANAGEMENT IN SANITÀ**
Cosimo **DELLA PIETÀ,** Francesco **GERMINI**

12 **IL RUOLO DELLA COMUNICAZIONE IN AMBITO ONCOLOGICO**
Adriana **LATERZA**

15 **DIRITTO DI AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA**
Nicola **ROMANO**

17 **ASMA BRONCHIALE E QUALITÀ DELLA VITA DELL'INDIVIDUO**
Angela **SARDELLA**

20 **LO STATO DELL'ARTE DELLA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA NEL NEONATO**
Domenico **DENTICO,** Raffaele **MANZARI**

RICERCA INFERMIERISTICA

22 **EMODIALISI E PANDEMIA DA COVID-19**
Cosimo **DELLA PIETÀ,** Giovanni Andrea **MORABITO**

25 **TIPOLOGIE DI COPING DEL PAZIENTE ONCOLOGICO E DEL CAREGIVER**
Rosa **TEDESCO,** Rossella **LIPPOLIS**

29 **L'INFERMIERE PROTAGONISTA DELLA SUA FORM-AZIONE**
Cinzia Anna Maria **PAPAPPICCO,** Maria **SCALZO**

PROMOZIONE SALUTE

31 **RISCHIO CLINICO: L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE**
Vincenzo **INGLESE,** Elena **CHIEFA**

SICUREZZA E BENESSERE

33 **I LUOGHI DI LAVORO E LA CULTURA DELLA SICUREZZA**
Chiara **PERNIOLA,** Maria **COLAPINTO**

35 **PROCESSO DI STERILIZZAZIONE E TRACCIABILITÀ: SINONIMO DI SICUREZZA**
Valentina **CAPONIO,** Ombretta **MASSETTI**

IN FORMAZIONE

37 **CHILD AND FAMILY CENTRED CARE**
Marilena **DILORENZO,** Pasqualina **CARAMUSCIO**

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 opportuno inviare 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 con l'invio dell'articolo proposto per la pubblicazione dichiara che 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.

INFERMIERI & RINNOVO CCNL DEL PUBBLICO IMPIEGO

Saverio
ANDREULA

Molto rumore che copre la preoccupante prospettiva inflazionistica

Nella notte del 15 giugno del c.a., l'Aran e le parti sindacali hanno sottoscritto l'Ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del Comparto Sanità per il triennio 2019/2021.

Salta subito agli occhi l'ineludibile incongruenza a riguardo della validità temporale della nuova ipotesi contrattuale poichè stipulata oggidì rispetto al periodo di riferimento che invero concerne l'arco temporale 1° gennaio 2019 - 31 dicembre 2021. Insomma il "nuovo" contratto alla firma è già scaduto. Ciò posto, a guardarsi dietro rispetto all'arco temporale di riferimento del precedente contratto c'è di che essere perplessi e stizziti poichè sono decorsi ben quattro anni dalla sottoscrizione dell'ultimo contratto che, si evidenzia nuovamente, è scaduto il 31 dicembre 2018. Nel merito dell'ipotesi si osserva che gli effetti del "nuovo" contratto, sia per la parte economica che giuridica, si avranno nel momento in cui l'ipotesi, superato l'iter della sua validazione istituzionale, verrà definitivamente firmato dalle parti sindacali e dall'ARAN e pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

A detta di molti, si presume che arrivato il periodo natalizio, il "nuovo" CCNL porterà nelle tasche dei 277 mila Infermieri del pubblico impiego gli arretrati economici previsti per la vacanza contrattuale e gli adeguamenti economici ivi contemplati.

Innumerevoli e, per certi versi, contrastanti le valutazioni espresse sulla firma della ipotesi contrattuale da tutte le parti interessate. È opinione diffusa tra i contraenti, ovvero le parti sindacali, che si tratta di un "buon contratto" … ergo … rispetto alle risorse economiche in disponibilità del "tavolo" e dei vincoli normativi e finanziari precedentemente definiti da provvedimenti di legge. Non mancano tuttavia distingui e preoccupazione sulla disponibilità dei fondi contrattuali da impiegare per le "cosiddette" valorizzazioni professionali.

Le opinioni sulla ipotesi contrattuale espresse dai contraenti e tutti gli approfondimenti e sviluppi sugli aspetti normativi e contrattuali è possibile leggerle sui siti istituzionali di tutte le Organizzazioni Sindacali che evidentemente hanno occupato tutti gli spazi mediatici. Poco in evidenza, ma di assoluto interesse, sono le dichiarazioni rese dal ministro della Funzione Pubblica che di seguito si riportano per alcune riflessioni in agorà:

> … gli operatori sanitari troveranno nelle buste paga - a decorrere dal 1° gennaio 2021 - un incremento medio a regime degli stipendi tabellari di 91 euro medi per 13 mesi e una rivalutazione dei Fondi destinati alla contrattazione integrativa di 12 euro mese per 13 mensilità. Per l'applicazione del nuovo sistema di classificazione professionale è previsto un ulteriore impegno finanziario delle aziende e degli enti del comparto di 13 euro al mese per 13 mensilità. In attuazione di quanto previsto dalle ultime due leggi di bilancio, con l'obiettivo di valorizzare il ruolo di alcuni specifici profili sanitari e socio-sanitari, nel contratto si istituisce l'indennità di specificità infermieristica per i profili di infermiere, l'indennità di tutela del malato e promozione della salute per altri profili del ruolo sanitario e socio-sanitario e una specifica indenni-

aran Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni

tà destinata al personale operante nei servizi di pronto soccorso. L'accordo, includendo anche le indennità, permette di riconoscere incrementi medi, calcolati su tutto il personale del comparto, di circa 175 euro medi mensili, corrispondenti a una percentuale di rivalutazione del 7,22%.

Insomma, dieci righe di comunicato istituzionale su cui bisognerebbe fare qualche riflessione:
il Ministro della funzione pubblica, al netto dei calcoli e delle valutazioni di natura economica che opera nel suo comunicato, si sofferma, altresì, a sottolineare il suo punto di vista politico sul rinnovo del contratto di lavoro, non disdegnando la sua proverbiale attitudine all'uso di un lessico a lui consono nelle descrizioni e nei rapporti instaurati con i rappresentanti sindacali dei lavoratori del pubblico impiego. Insomma a suo avviso premi ma anche lusinghe della serie … "bastone e carota". Infatti si legge nel comunicato:

… omissis… doveroso riconoscimento a chi è stato in prima linea nella pandemia e lavora per i più fragili … omissis . Nel corpo del comunicato egli afferma: "La firma definitiva all'Aran sul rinnovo del contratto per il comparto sanità mi rende particolarmente orgoglioso, perché è il coronamento di un percorso virtuoso cominciato il 10 marzo di un anno fa con il Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale - siglato con i sindacati a Palazzo Chigi – e, soprattutto, rappresenta il doveroso riconoscimento per oltre 545mila dipendenti del Servizio sanitario nazionale, tra cui 277mila infermieri, ogni giorno in prima fila nelle strutture del Paese per garantire l'assistenza e i servizi di cura ai cittadini, a partire da quelli più fragili. Dipendenti pubblici che, nei mesi più duri dell'emergenza e per tutto il periodo della pandemia, con il loro lavoro hanno rappresentato 'i volti della Repubblica' per eccellenza, come li ha definiti il presidente Mattarella".

Grazie Ministro, ma a conti fatti e al netto delle sue considerazioni, la classe infermieristica, e va detto a gran voce, meritava molto ma molto di più, non già e non solo per l'enorme immane contributo che ha dato e che continua a dare per fronteggiare l'emergenza covid 19 ma per crediti di riconoscimenti economici e non solo derivanti dal salto di "professionalità" che ha operato nel suo costante percorso di crescita, oggi consolidato in accademia, ma anche per aver documentato scientificamente il suo valore in termini di professionalità e competenza, nei più moderni sistemi di cura.
Prima della stipula dell'ipotesi contrattuale, la voce più diffusa tra la comunità professionale infermieristica è stata quella di chiedere l'allineamento o almeno l'avvicinamento dei contenuti economici del proprio contratto a quelli in vigenza per gli infermieri che operano nei paesi della comunità europea. Ed ancora, ***impegnare il "governo" primi tra tutti il ministro della funzione pubblica, a liberare gli Infermieri dal vincolo della esclusività del rapporto di lavoro****, al pari della professione medica esattamente nel solco delle riforme già introdotte a livello generale per la P.A. Ad oggi, chiacchiere tante, risposte zero. Si tenga, altresì, conto che tutto accade in un momento storico molto complesso che porta su l'inflazione e il caro energia, con le conseguenze economiche della guerra in Ucraina problematiche che stanno mettendo a dura prova il potere d'acquisto di tutti i lavoratori con redditi da lavoro relativamente bassi com'è di evidenza per gli Infermieri Italiani. L'Istat, recentemente, caro Ministro, ha messo in evidenza i rischi a cui va incontro l'economia del Paese, che soffre di grande incertezza.*
E la stima per la perdita del potere d'acquisto vola al 8% ed è destinata a subire ulteriori aumenti. Nessun ringraziamento dunque, caro Ministro, per le "concessioni" che Ella ritiene di aver fatto alla classe infermieristica italiana con i contenuti economici del nuovo CCNL.

"Gli aumenti previsti dal contratto collettivo nazionale di lavoro non coprono la perdita del potere d'acquisto, volata all'8%. Si impegni il governo, primi tra tutti il ministro della funzione pubblica, a liberare gli Infermieri dal vincolo della esclusività del rapporto di lavoro"

LINK DI INTERESSE

1. https://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/ministro/16-06-2022/firmato-il-contratto-sanita-doveroso-riconoscimento
2. https://www.aranagenzia.it/comunicati/12843-sottoscritta-lipotesi-del-contratto-collettivo-nazionale-di-lavoro-del-comparto-della-sanita-triennio-2019-2021.html

RINNOVO CONTRATTO SANITA' E LA FELICE INTUZIONE DELL'OPI

Salvatore
PETRAROLO

Con un pizzico di narcisismo, questa volta verrebbe da autoelogiarsi. L'intuizione avuta dal presidente dell'Opi di Bari, Saverio Andreula, non era per nulla avventata: dedicare il tradizionale appuntamento di Pugnochiuso, al tema del rinnovo del contratto nazionale del Comparto sanità, è stata una scommessa vinta su tutti i tavoli.

E, appunto, con un pizzico di narcisismo (e una buona dose di fortuna che non guasta mai), le giornate del 5 e 6 giugno scorsi, sono state profetiche e, per certi versi, hanno portato bene. Il rinnovo del contratto si era arenato quasi ad un passo dal traguardo, come è stato più volte evidenziato durante il dibattito di Pugnochiuso. Mancavano i dettagli che, però, rappresentavano anche la sostanza del rinnovo contrattuale. Non era solo questione di riconoscimento economico ma anche di disegnare le future progressioni di carriera per i 550mila infermieri interessati direttamente dal rinnovo del contratto.

La firma sul contratto, sottoscritto da Aran e da tutte le sigle sindacali (Fp Cgil. Fp Cisl, Fp Uil, Fials, Nursind e Nursing Up) è arrivata dieci giorni dopo le giornate di Pugnochiuso, quasi come una naturale conseguenza di quel tavolo allargato proprio a tutte le rappresentanze sindacali che avevano accolto, con favore, l'invito dell'Opi di Bari e di tutti gli ordini professionali degli infermieri che hanno patrocinato l'evento (Bat, Brindisi, Caserta, Catanzaro, Cosenza, Firenze-Pistoia, Lecce, Milano-Lodi-Monza e Brianza, Potenza, Rimini e Taranto).

E sono suonate come profetiche le dichiarazioni, seppur con sfumature diverse, dei segretari nazionali presenti all'incontro, Michele Vannini (Fp Cgil), Marianna Ferruzzi (Fp Cisl), Salvatore Altieri (Fp Uil), Mimma Sternativo (Fials), Salvatore Vaccaro (Nursind) e Antonio De Palma (Nursing Up): "Questo rinnovo contrattuale va portato a casa quanto prima". E proprio ad inizio giugno, in concomitanza con l'evento di Pugnochiuso, erano arrivate le parole di Davide Caparini, assessore al Bilancio della Regione Lombardia e presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità, ad aprire la strada per la firma del rinnovo contrattuale: "Spero che la partita si possa chiudere entro l'inizio dell'estate" aveva dichiarato. Insomma c'erano tutti i segnali che la questione potesse concludersi in maniera favorevole e in tempi brevi. Anche dal palco di Pugnochiuso ci si era lasciati con questo auspicio diventato realtà in meno di due settimane. I sindacati di categoria, ovviamente, hanno salutato con soddisfazione la firma del rinnovo, anche se non mancano le sfumature di posizione: "Per la prima volta siamo di fronte a un contratto in cui gli stipendi mensili degli infermieri e delle altre professioni sanitarie sono superiori rispetto alla media.

Sventato il rischio, almeno per il momento, che il contratto nazionale prevedesse, come richiesto da certe organizzazioni sindacali, eventuali riclassificazioni automatiche (o promozioni di massa) solo per certe categorie". Così Antonio De Palma, Presidente Nazionale del Nursing Up, Sindacato Nazionale Infermieri, commenta la firma del nuovo Ccnl Sanità 2019/21. "La battaglia è stata serrata – sottolinea De Palma - ma non ci siamo fermati davanti a nulla e la firma è arrivata solo di fronte ai concreti risultati ottenuti, i cui contenuti li analizzeremo qui, insieme, almeno per i punti principali. Soprattutto – conclude – possiamo dire di essere soddisfatti per il lavoro svolto, dal momento che ciò che abbiamo fatto non si ferma solo ai risultati raggiunti, perché l'importante revisione dell'ordinamento professionale avvicina molto alcuni istituti a quelli della dirigenza medica, e crea oggi per la prima volta le premesse per importanti aggiustamenti, che potranno arrivare già con le prossime trattative per il triennio 2022/2024". Un

»

riconoscimento del valore e dell'impegno sul fronte del salario e dei diritti. Ma anche un punto di partenza per un rilancio tangibile del Servizio sanitario, a giudizio di Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl dopo la sottoscrizione del contratto nazionale, grazie al quale "abbiamo migliorato le condizioni di lavoro ed economiche delle lavoratrici e dei lavoratori del Sistema sanitario nazionale" si legge in una nota delle tre organizzazioni sindacali.
"Con questo rinnovo – dichiarano ancora i tre sindacati - a fronte delle risorse stanziate dal governo, riconosciamo salario, diritti e tutele a lavoratrici e lavoratori che in questi anni difficili hanno affrontato l'emergenza pandemica garantendo la tenuta del Servizio sanitario nazionale e la salute dei cittadini. Il contratto riconosce loro un importante attestato del valore e dell'impegno profuso, sia sul fronte del salario che su quello dei diritti, e rappresenta un punto di partenza per un effettivo rilancio del Servizio sanitario, che dovrà passare adesso da maggiori risorse e da assunzioni stabili".
Tra gli ospiti della due giorni di Pugnochiuso, c'era anche Saverio Proia (in collegamento), già consulente del Ministero della Salute, profondo conoscitore delle dinamiche legate ai rinnovi contrattuali in sanità. Lo ricorda lo stesso Proia, in un recente intervento su "Quotidiano Sanità", all'indomani della firma del rinnovo contrattuale, di essere uno dei pochi ad aver partecipato a quasi tutte le stagioni dei rinnovi contrattuali.
Una sorta di osservatorio privilegiato dal quale, il dottor Proia commenta anche l'esito e i contenuti di questo rinnovo contrattuale: "L'intesa raggiunta con tutti i sindacati rappresentativi, si sta delineando così innovativo se non discontinuo e non mi pare che si sia mai realizzato, se la memoria non mi tradisce" scrive. "Questo rinnovo contrattuale – argomenta Saverio Proia - evolve l'intuizione felice del precedente CCNL che aveva introdotto l'incarico professionale di professionista esperto e professionista specialista, purtroppo attivati, sinora, in poche aziende conquistando il diritto che per la complessità delle proprie competenze, tra l'altro in continua evoluzione anche clinica e specialistica, per ogni laureato del comparto sanità sia riconosciuta una carriera sia professionale che organizzativa, così che, sin dal superamento positivo del periodo di prova nello specifico della carriera professionale, è previsto una graduazione dell'incarico professionale di complessità di base, media e alta con diversi range di importi economici".
Una risposta contrattuale, ragiona ancora il consulente dell'Aran, che diventa strumentale per quanto programmato nel Patto per la Salute e nel Pnrr: "In questa visione dell'organizzazione del lavoro in sanità – scrive Proia - il ruolo e le competenze descritte dal Patto per la Salute, dal PNRR e dal DM71 per l'infermiere di famiglia e di comunità, se dipendente dell'azienda sanitaria locale, proprio perché svolge competenze complesse, avanzate e specialistiche, non solo presuppone una ulteriore formazione post laurea, preferibilmente universitaria, ma anche il riconoscimento e il conferimento di un incarico di media o elevata professionalità".
Sull'esito positivo della trattativa per il rinnovo contrattuale è intervenuta anche la Fnopi: "Il rinnovo del contratto del comparto sanità vede finalmente siglato il riconoscimento di alcune importanti indennità. Per gli infermieri, Fnopi accoglie positivamente a definizione della specificità della professione infermieristica, che ha sempre sostenuto con forza. Si tratta infatti di un riconoscimento non solo economico, ma anche valoriale, per la peculiarità della professione infermieristica nel Sistema sanitario nazionale. Viene così riconosciuta una specificità non sostituibile e fondamentale e che, seppur legata al contratto, era stata normata su prima proposta del ministero della Salute. Siamo quindi soddisfatti che sia stata preservata, così come concepita e resa distinta dagli altri trattamenti economici.

NUOVO CCNL SANITÀ: CLASSIFICAZIONE DEL PERSONALE E AUMENTI

Il nuovo contratto del comparto sanità (periodo 2019-2021) prevede un sistema di classificazione del personale articolato in 5 aree, che corrispondono a 5 differenti livelli di conoscenze, abilità e competenze professionali:
1) Area del personale di supporto;
2) Area degli operatori;
3) Area degli assistenti;
4) Area dei professionisti della salute e dei funzionari (Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrica appartengono a quest'area);
5) Area del personale di elevata qualificazione.
Le aree sono individuate mediante le declaratorie che descrivono l'insieme dei requisiti indispensabili per l'inquadramento in ciascuna di esse. Le stesse corrispondono a livelli omogenei di competenze professionali necessarie all'espletamento di una vasta e diversificata gamma di attività lavorative, secondo quanto previsto dall'allegato A. Le competenze professionali sono esercitate nel rispetto delle declaratorie dei profili, dei codici deontologici, ove esistenti, e della formazione acquisita nonché, per le professioni sanitarie, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, della legge n. 42 del 1999, degli artt. 1-2-3 e 4 della L. 251/2000 e dell'art. 6 della Legge 43/2006. L'accesso all'area del personale di elevata qualificazione avviene dall'esterno o attraverso una progressione tra le aree ai sensi dell'art. 52, comma 1-bis del D. Lgs. 165/2001 nel rispetto dei requisiti di accesso specifici riportati nell'Area del personale di elevata qualificazione di cui all'Allegato A. La denominazione dei profili della presente area è quella dei profili dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari con l'aggiunta del suffisso "di elevata qualificazione".

LA REGIONE PUGLIA ANNUNCIA SEIMILA ASSUNZIONI IN SANITA'

Salvatore
PETRAROLO

Su stabilizzazioni e assunzioni del personale sanitario in Puglia, dovrebbe essere stato messo un punto fermo con la delibera della Giunta regionale del 15 giugno scorso, con la quale si fa ordine sulla gestione del personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario pugliese.

L'assessore regionale alla sanità, Rocco Palese, non senza enfasi, ha annunciato subito dopo l'illustrazione della delibera, che nei prossimi tre anni "saranno seimila gli operatori sanitari stabilizzati o assunti dalle graduatorie vigenti nelle Asl e nelle aziende del servizio sanitario regionale".

Dichiarazioni che hanno chiarito anche uno dei passaggi più turbolenti delle stabilizzazioni in sanità: all'inizio del mese di giugno, infatti, si era creato allarme e non poco preoccupazioni nel mondo sanitario, a seguito del momentaneo blocco delle assunzioni comunicato dal Dipartimento Salute della Regione Puglia.

Non si trattava di un blocco definitivo, aveva già chiarito l'assessore Rocco Palese, ma solo di un momentaneo rinvio, in attesa "dell'imminente perfezionamento della procedura regionale, attualmente al vaglio dell'avvocatura regionale, in merito alle procedure di stabilizzazione, proroga contratti e scorrimento graduatorie idonei, necessaria ad evitare comportamenti eterogenei, già messi in atto da parte di alcune aziende sanitarie, creando tensioni con le organizzazioni sindacali".

Quell'imminente perfezionamento è diventato atto ufficiale con la delibera di Giunta regionale del 15 giugno scorso.

"E' un provvedimento di sistema – sono ancora parole dell'assessore regionale alla sanità – che arriva dopo un grande lavoro del Dipartimento Salute e dopo un serrato confronto con i sindacati e le direzioni generali". Bisognava, in pratica, mettere ordine a tutte le posizioni e alle graduatorie valide, con una ricognizione analitica del personale in servizio.

Cosa annuncia la Regione Puglia?

Con la delibera del 15 giugno 2022 sono state sbloccate le assunzioni dalle graduatorie vigenti e si darà il via libera alle assunzioni a tempo indeterminato di chi è in servizio e ha maturato i requisiti di legge per la stabilizzazione, anche se assunti per emergenza covid. In questo modo, garantisce l'assessore regionale Rocco Palese, si eviteranno fughe in avanti (da parte delle Asl pugliesi) e difformità di reclutamento che avrebbero bloccato i diritti di chi è in graduatoria o che può essere stabilizzato.

La Giunta quindi, dopo la circolare del dipartimento Promozione della Salute che aveva regolato le procedure di stabilizzazione, ha approvato la delibera vista la necessità di garantire a livello regionale uniformi modalità operative in materia di reclutamento del personale delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale, nonché di dare attuazione alla normativa vigente in materia, così come espressamente richiesto dalle organizzazioni sindacali della Sanità Pubblica, per assicurare uniformità di stabilizzazione e reclutamento.

Sulla base dei dati trasmessi dalle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale, a seguito della ricognizione richiesta dal Dipartimento Salute, sono state fornite alcune indicazioni in merito alle azioni che i Direttori generali delle Aziende ed Istituti del Servizio sanitario regionale potranno adottare, nel rispetto del fabbisogno di personale previsto nei PTFP 2020-2022, nonché del tetto di spesa per il personale attualmente assegnato a ciascuna Azienda ed Istituto, come da provvedimenti approvati dalla Giunta regionale, salvo eventuali autorizzazioni regionali in deroga che saranno valutate

»

singolarmente sulla base dell'istruttoria effettuata in merito dalle Aziende ed Istituti del Servizio sanitario regionale. Per ragioni correlate ai tempi di completamento delle procedure di stabilizzazione ed alla necessità di garantire continuità assistenziale, si legge nella Delibera di Giunta regionale, i contratti a tempo determinato possono essere prorogati al 31 dicembre 2022, ferma restando la priorità allo scorrimento delle eventuali graduatorie vigenti nel SSR, ove per i profili interessati vi sia capienza assunzionale nei PTFP 2020-2022.

Con particolare riferimento alla proroga dei contratti a tempo determinato per il personale reclutato in ragione della pandemia COVID – 19, nonostante la cessazione dello stato di emergenza da SARS- CoV-2 disposta con D.L. n. 24 del 24 marzo di quest'anno, ne è consentita la proroga fino al 31 dicembre del 2022, previa comunicazione al Dipartimento Salute delle correlate esigenze organizzativo-assistenziali per attività no-Covid (ordinaria ed in urgenza) nonché previa verifica del relativo fabbisogno. Tanto perché la spesa del personale a tempo determinato deve rispettare quanto previsto dall'art. 9 del D.L. n. 78 del 31/05/2010, in materia di contenimento di spesa - impiego pubblico.

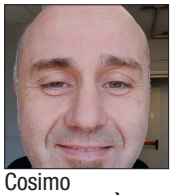
A conclusione delle procedure di stabilizzazione, o anche contestualmente a tali procedure qualora sussista capienza assunzionale nei PTFP 2020-2022 e nei limiti del tetto di spesa del personale assegnato a ciascuna Azienda ed Istituto, i Direttori generali potranno procedere allo scorrimento delle graduatorie attualmente vigenti nel SSR, fermo restando quanto definito in merito alla possibilità di proroga dei contratti a tempo determinato.

Per quanto riguarda gli infermieri, la graduatoria dalla quale sarà possibile attingere idonei mediamente scorrimento, è quella del concorso unico regionale espletato nel settembre del 2020 dalla Asl Bari. Al fine di consentire il totale assorbimento degli idonei utilmente collocati in graduatoria infermieri, i Direttori generali dovranno predisporre un piano assunzionale articolato su un triennio. Come già detto la Giunta regionale pugliese ha stabilito che l'attuazione delle indicazioni operative di reclutamento deve avvenire nel pieno rispetto dei vigenti Piani triennali di fabbisogno di personale (PTFP) di ciascuna Azienda/Ente del Servizio sanitario regionale da ultimo approvati dalla Giunta Regionale, nonché dei vigenti tetti di spesa del personale assegnati. In tal caso le Direzioni Generali potranno avviare le procedure di reclutamento di personale senza richiedere preventiva autorizzazione al competente Dipartimento Promozione della Salute. La Giunta ha infine stabilito che, per motivate esigenze organizzative ed assistenziali, eventuali deroghe alle indicazioni operative possono essere concesse previa autorizzazione del Dipartimento Promozione della Salute.

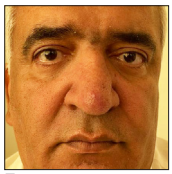
La procedura di decadenza dei Direttori generali potrà essere avviata in caso di non rispetto delle prescrizioni.

IL KNOWLEDGE MANAGEMENT IN SANITÀ

Nuove opportunità per l'apprendimento nelle aziende sanitarie



Cosimo
DELLA PIETÀ



Francesco
GERMINI

Le attuali sfide nel settore della sanità richiedono nuovi modelli e nuovi strumenti utili al miglioramento tecnico e organizzativo delle organizzazioni. Attualmente, nelle aziende sanitarie, il "management" ricopre un ruolo essenziale per la gestione e il coordinamento delle risorse socio-sanitarie: ecco, quindi, la ragione del diffondersi degli approcci manageriali come il Lean Thinking, Business Process Reengineering, Total Quality Management e il Risk Management in chiave sanitaria. In ciascuno di questi approcci, vengono proposti strumenti per poter gestire i mezzi a disposizione e dare compimento a modelli d'azione ordinati razionalmente. Si moltiplicano i corsi di formazione ispirati a tali soluzioni per diffonderne la pratica e la cultura, con l'obbiettivo di agevolare l'adozione e l'implementazione di sistemi manageriali appropriati per il raggiungimento dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa. Introdurre un cambiamento nella pratica giornaliera non è cosa così semplice, infatti conoscere un modello e agire secondo un modello esiste un divario, così come tra la formazione e l'adozione, intesa come azione contestualizzata, vale a dire l'apprendimento. La proposta formativa di una società scientifica o di un altro istituto tende ad offrire alla propria comunità di riferimento un trasferimento di conoscenze in merito a modelli, strumenti, casi ed esempi di soluzioni per il miglioramento professionale. Ciascun modello o strumento nasce in un ambiente razionale, una sorta di "laboratorio", come perfetto strumento "installabile", in cui la concatenazione di cause ed effetti ha un ordine e produce azioni coordinate. Nella realtà di un professionista sanitario, però, il contesto operativo non è il "laboratorio" ed è per questo che spesso emerge la necessità di sostenere e governare il cambiamento attraverso lo sviluppo di un percorso di apprendimento. Per comprendere meglio questo concetto, si pensi ad uno studente universitario di Infermieristica, il suo percorso educativo inizia con una proposta formativa, cui, via via sino al termine del percorso di studi, si affianca la pratica. Questo esempio permette di comprendere come la conoscenza, esplicitata tramite la formazione, debba essere ri-ordinata ed interiorizzata tramite l'atto pratico dal quale nasce l'esperienza sanitaria, non sempre codificabile e trasferibile, perché appartenente al sapere tacito individuale. Tale acquisizione di saperi può essere definita come "processo di inculturazione". In tale processo, il discente prima conosce il modello o strumento e le condizioni di applicabilità attraverso la formazione, poi, nella pratica, acquisisce la conoscenza necessaria a commisurare lo strumento sulle condizioni reali, interiorizzando l'esperienza. In breve, lo studente diventa professionista sanitario nel momento in cui apprende come usare il sapere per operare, cioè colma quel gap esistente tra conoscere ed agire. A questo proposito, su ciò che può agevolare il processo di apprendimento l'OMS ci invita a riflettere attraverso la Knowledge Management Strategy, che evidenzia il ruolo del Knowledge Management e Learning Organization (KM & LO) nella sanità pubblica quale nuovo strumento di miglioramento della pratica assistenziale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2005, ha intrapreso un'iniziativa a livello globale orientata alla diffusione della Knowledge Management Strategy. Questa iniziativa nasce dall'esigenza di dare attuazione concreta alle soluzioni esistenti per il miglioramento dei sistemi sanitari che ancora oggi, seppur conosciute, non trovano applicazione reale. La mission della Knowledge Management Strategy è rivolta a dare attuazione a quei programmi capaci di colmare il divario esisten-

GLI ELEMENTI IMPLICATI NELLA GESTIONE DELLA CONOSCENZA

La Gestione della Conoscenza, in quanto insieme di metodologie e processi, comprende al suo interno fattori differenti tra loro, ovvero:

- Le persone: sono l'elemento più importante all'interno della gestione della conoscenza, poiché detentori del sapere. Le conoscenze tacite risiedono nell'esperienza e nei comportamenti delle persone che fanno parte dell'organizzazione, infatti sono quelle più a rischio quando un dipendente lascia l'azienda. Per questo è compito del Knowledge Management garantire che vengano esplicitate per poter essere trasferite e valorizzate.
- I processi: per sviluppare una soluzione ottimale, è necessario prima comprendere quali processi aziendali sono coinvolti nella diffusione delle informazioni, a partire dalla loro creazione, raccolta, organizzazione e poi utilizzo nei vari dipartimenti aziendali.
- La tecnologia: è l'ultimo degli elementi poiché è quella che può essere sviluppata solo in seguito all'analisi dei precedenti fattori. La tecnologia scelta, che sia un software, una intranet, deve consentire, in particolare, la ricerca dei dati e delle informazioni, la raccolta delle stesse e la loro organizzazione, infine la loro condivisione in modo da favorire la collaborazione tra le persone.

te (gap) tra cosa si conosce (Know) e cosa viene messo in pratica (do), il "Know-do gap". Il Knowledge Management (KM) viene considerato l'approccio manageriale capace di incentivare la creazione, la condivisione e l'effettiva applicazione del sapere per il miglioramento nella sanità.
La KM Strategy si focalizza sulle politiche nazionali, sui programmi della OMS e sui professionisti della sanità. Gli obbiettivi della strategia si sviluppano lungo tre principali aree:

1. potenziare i sistemi sanitari nazionali attraverso l'uso del Knowledge Management;
2. istituire il Knowledge Management nella sanità pubblica;
3. sviluppare l'OMS nella direzione di una organizzazione che apprende.

Per questo ultimo punto l'OMS ha definito ben cinque linee strategiche e per ciascuna di esse ha espresso le Core Functions del KM:

Migliorare l'accesso alla conoscenza e alle informazioni; l'OMS promuove l'accesso ad una informazione rilevante e di alta qualità dei servizi e dei prodotti, i core functions sono rivolti a:

- supportare i processi di disseminazione delle conoscenze; stabilire policy e guideline per assicurare un alto livello di efficienza e qualità delle pubblicazioni;
- produrre prodotti informativi di riferimento, flagship, sia a livello globale che regionale (locale) inerenti ai principali argomenti d'interesse e pratiche nel campo della sanità. Sono inclusi dal World Health Report, ai bollettini dell'OMS, alla produzione locale (riviste sanitarie e report regionali);
- fornire accesso per target di utenti alle informazioni scientifiche sia cartacee sia elettroniche;
- provvedere ad accessi multilingua agli strumenti di Web communication e fornire assistenza alle istituzioni e alle autorità per la salute nell'effettivo uso degli strumenti Web.

Tradurre la conoscenza in azione; l'OMS propone lo sviluppo di evidenze in merito agli approcci di KM utili ad indirizzare le nazioni verso i bisogni sanitari prioritari, i core functions sono rivolti a:

- identificare e disseminare le good-practices che permettono di tradurre la conoscenza in indirizzi di comportamento e azione;
- sostenere la sanità pubblica nello sviluppo metodi e capacità utili a trasferire le conoscenze in pratica;
- promuovere evidenze di policy e decision making attraverso programmi come EURO's Health Evidence Network.

Condividere e riapplicare il sapere basato sull'esperienza; l'OMS fornisce orientamento e agevola l'adozione dei metodi di KM cosicché sia possibile il ri-uso pratico delle esperienze, i core functions sono rivolti a:

- incentivare alla condivisione delle conoscenze nella sanità pubblica attraverso processi di Knowledge Management, adoperare tecniche di KM, incluse comunità di pratica, collaborare ai programmi nazionali e tecnici per gestire e usare la conoscenza;
- sviluppare capacità nell'estrarre ed applicare le Lessons Learned nella sanità pubblica. Ciò riguarda l'OMS Global Health Histories, la documentazione e le analisi rilevanti degli sviluppi della sanità pubblica, gli orientamenti e le prospettive;
- migliorare le conoscenze possedute dal centro di collaborazione attraverso reti tra pari, come l'OMS Collaboration Centres.

Far leva sui sistemi di e-Health; l'OMS supporta i sistemi sanitari nazionali attraverso il patrocinio di programmi basati sull'evidenza, il monitoraggio sugli sviluppi dei sistemi di e-health, l'identificazione delle best-practice, l'agevolazione di network di esperienze, il promuovere norme, standard e l'integrazione dei sistemi ICT nelle iniziative di apprendimento dei gruppi di lavoro, i core functions sono rivolti a:

- sviluppare infrastrutture, linee guida e strumenti di E-Health. Rendere disponibili evidenze in merito all'apporto degli strumenti di e-health nella generazione di policy e di pratiche di si-

stemi sanitari e programmi tecnici;
- fornire assistenza tecnica per il governo, il monitoraggio e lo sviluppo di servizi di e-health nazionali;
- fare uso degli strumenti di ICT per lo sviluppo di capacità nel settore sanitario nazionale;
- sviluppare e far uso di collaborazioni tra pubblico e privato nel settore delle ICT per indirizzare verso le principali necessità dei sistemi sanitari e dei programmi tecnici.

Incoraggiare ambienti favorevoli; l'OMS rafforza le capacità organizzative, sostiene l'adozione del KM nel settore della sanità pubblica e pone le basi per l'implementazione del KM a livello nazionale, i core functions sono rivolti a:
- incoraggiare alla cultura del Knowledge Management. Promuovere nella sanità pubblica e nelle OMS l'individuazione delle routine, la condivisione e l'applicazione della conoscenza per migliorare i risultati;
- sviluppare e diffondere programmi di formazione di KM;
- dare supporto attraverso l'uso di approcci di KM. Operare direttamente con le istituzioni nazionali, nei programmi tecnici e nelle organizzazioni che collaborano alla identificazione delle conoscenze necessarie alle opportunità per sviluppare e implementare piani di KM.

Il documento integrale della WHO Knowledge Management Strategy è reperibile attraverso il sito ufficiale della WHO.
Inoltre vi è da evidenziare che attualmente il Knowledge Management rivolto alla sanità si sta sviluppando velocemente, organizzazioni e centri di ricerca impegnati nel KM, oltre all'OMS, come la National Healt Society, operano attivamente in questo campo.
Dagli obiettivi della WHO Knowledge Management Strategy, emerge la necessità che anche le società scientifiche in Italia prestino attenzione allo sviluppo del Knowledge Mnagement, perché può essere un mezzo di ausilio alle attività rivolte all'apprendimento di nuovi modelli e strumenti sanitari ed è un approccio trasversale ad ogni altro strumento di gestione organizzativa, basti pensare che attraverso gli approcci di KM è possibile gestire in maniera integrata Persone (es. Team professionale), Processi (es. Work Flow) e Tecnologie (es. e-Health). Oltre a ciò, attraverso la collaborazione delle Istituzioni pubbliche e in partnership con le Università e le Imprese, sarebbe necessario istituire un Centro di Collaborazione Sanitaria che persegua una strategia del tutto analoga alla Knowledge Management Strategy indicata dall'OMS e sia, quindi, attivo nella ricerca e consulenza a livello nazionale per la progettazione e avvio di progetti volti al miglioramento delle conoscenze per il progresso scientifico, organizzativo e tecnologico nella sanità pubblica.

ONBOARDING E GESTIONE DELLE LACUNE NELLA CONOSCENZA (KNOWLEDGE GAPS)

Quando un nuovo dipendente arriva in azienda, il primo passo da compiere è quello di formarlo e, successivamente, introdurlo alle nuove mansioni da svolgere. Tale processo è definito onboarding ed è di fondamentale importanza al fine di trasferire la conoscenza e rendere operativa la nuova risorsa. Serve, infatti, a costruire e cementare il rapporto con azienda, colleghi e management aziendale, favorendo la retention dei dipendenti, ovvero la capacità di evitare licenziamenti e dimissioni dei propri dipendenti. Troppo spesso capita che l'onboarding si esaurisca in lunghe sessioni di orientamento, che costituiscono a tutti gli effetti un processo di apprendimento scarno, in cui il nuovo dipendente viene inondato di informazioni e documenti tra i quali ha difficoltà ad orientarsi. Ogni qualvolta il neo-impiegato avrà dubbi o domande non potrà far altro che consultare i colleghi o avventurarsi in fonti e archivi caotici. Vi sono poi quei casi in cui, invece, le informazioni mancano e non sono presenti neanche all'interno della documentazione: in queste situazioni si parla di Knowledge Gaps ed è importante sapere subito se quello che si cerca esiste, o se va costruito da zero.
In entrambi i casi avere a disposizione un sistema che permette di accedere alla knowledge base ed interrogarla per trovare le informazioni necessarie permette di risparmiare tempo e di favorire la produttività.
Il Knowledge Management può essere utile in casi come questi sia per permettere di creare nuova documentazione all'occorrenza, sia per garantire alle nuove figure di acquisire familiarità con tools, gergo e cultura aziendale, oltre che con le best practices per lo svolgimento delle attività lavorative.

BIBLIOGRAFIA

1. Argyris, C. and Shön, D., Apprendimento Organizzativo, teorie, metodo e pratiche, Milano, Guerini e Associati, 1998.
2. Canadian Health Services Research Foundation, Leveraging Knowledge: tools & strategies for action. Report of the 7th CHSRF Annual Invitational Workshop. Montreal, Quebec; March 3, 2005.
3. Devenport, T.H. and Prusak, L. , Working Knowledge, Harvard Business School Press, 2000.
4. Drucker, P., Post-Capitalist Society. New York: Harper Collins, 1993.
5. Huw, T. O. and Nutley, S. M., "Developing learning organisations in the new NHS", BMJ 2000;320;998-1001.
6. Gabbay, J. and May, A. "Evidence based guidelines or collectivelyconstructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care" BMJ2004;329;1013 http://bmj.com/cgi/content/full/329/7473/1013
7. Polanyi M., The tacit dimension, Routledge&Kegan Paul, London 1996.
8. Stewart, T.A., Intellectual capital: The new wealth of organization, Nicholas Brealey, 1997.
9. WHO, Knowledge Management Strategy, http://www.who.int/kms/en/, 2005.
10. WHO, World Health Report on Knowledge for Better Health. Geneva, 2004.

IL RUOLO DELLA COMUNICAZIONE IN AMBITO ONCOLOGICO

Adriana
LATERZA

Il personale infermieristico dedicato ai reparti oncologici, forse più di altri, quotidianamente si confronta con la lotta impari tra la medicina e la malattia, ogni giorno assiste e cerca di trasmettere a tutti, colleghi e pazienti, la bellezza della vita anche in questi momenti drammatici.

Nonostante l'esperienza, chi è a contatto con questi pazienti si rende conto che ogni giorno è diverso da quello precedente, ognuno affronta la realtà in maniera differente: l'infermiere deve imparare quotidianamente a gestire il lato psicologico di un paziente così delicato, oltre conoscere tutti i possibili effetti collaterali dei vari trattamenti a cui il paziente si sottoporrà. Chi riceve una notizia così nefasta, in poco tempo dovrà decidere e scegliere se fare o non fare la chemioterapia, con tutti i pro e contro del caso.

Ben presto ci si trova proiettati in una dimensione diversa, difficile, con poche luci e molte ombre, sapendo che, anche se si uscirà vincitori da questa lotta sarà impossibile non riportare qualche segno, qualche cicatrice e non solo sulla pelle.

In questo momento avere un infermiere al proprio fianco altamente preparato, motivato ed empatico, gioca un ruolo molto importante.

Fondamentale è assecondare il bisogno di comunicazione, ascoltare e far capire che è normale lo stato di ansia che li pervade, cercare di trasformare la disperazione in motivazione, rassicurare con professionalità senza banalità e stereotipi: ogni paziente è unico e va trattato come tale.

A volte il paziente è arrabbiato, incredulo, basito, non capisce il motivo per il quale gli sia successa una cosa simile, cerca una spiegazione dove una spiegazione molte volte non c'è.

Essere pronti e preparati a tutti i tipi di esternazione è un compito arduo, ma ha un effetto sicuro, un risultato importante: alleggerire la tensione emotiva.

Molti scelgono di non parlare a casa del proprio stato d'animo, con delicatezza decidono di non pesare più del dovuto sulle persone care, già provate dalla situazione, portando il peso da soli e fingendo una innaturale serenità.

Il paziente oncologico approfitta, anche dei pochi minuti necessari per un prelievo ematico per chiedere informazioni al proprio infermiere, chiedere quali saranno gli effetti collaterali, come si sentirà, cosa cambierà al proprio corpo, quante speranze ha, o semplicemente domande tecniche, quanto tempo dura la terapia, cos'è un PICC, perché si fanno tutti quei prelievi.

Quando arrivano le domande è necessario prendersi dei secondi per mettere in chiaro le idee, non rispondere mai frettolosamente o con distacco, ogni parola potrebbe essere interpretata in modo negativo o fraintesa, alleggerire la situazione con professionalità ed empatia.

Si spiega con calma che alcune domande è meglio porle al medico, ma a quelle a cui sappiamo o possiamo rispondere è necessario dare una risposta, un'opinione, una semplice frase di conforto che mostri un pò di luce nel tunnel di paura e incertezze che dovranno affrontare.

La domanda posta più frequentemente è: perderò i capelli? Ebbene sì, cambiano molti aspetti in seguito a trattamenti antiblastici, ma quasi tutti, soprattutto le donne, si preoccupano della perdita dei capelli.

Nessuno chiede, ma la mia pelle cambierà colore? Oppure le ciglia diventeranno lunghe con questa terapia?

Forse questi sono effetti collaterali non conosciuti.

Alcuni, per esempio, chiedono avrò nausea o vomiterò?

Ma a questa domanda è semplice rispondere perché il medico conosce bene gli effetti collaterali di ogni chemioterapico, compresa l'emesi e in base a questa, prescrive il giusto antiemetico.
Gli effetti collaterali delle cure chemioterapiche sono tanti, ma la perdita dei capelli è senza dubbio l'effetto collaterale meno mascherabile ai parenti, agli amici ed a se stessi.
In alcuni casi, rarissimi per fortuna, le pazienti rifiutano di sottoporsi alla terapia.
Nei soggetti più giovani vi è una ferma convinzione di essere più forti dei farmaci o di riuscire a non perdere i capelli. Questo, purtroppo, non dipende da quanto i nostri pazienti siano forti o tenaci, ma dal tipo di farmaco (tabella 1).
Ogni farmaco antiblastico agisce creando effetti diversi, alcuni agiscono distruggendo o inibendo la crescita di vasi sanguini, altri indeboliscono il tessuto connettivo, altri impediscono la replicazione del DNA, spesso vengono combinati tra loro per avere l'effetto desiderato, distruggere il tumore.
La loro azione, però può coinvolgere le cellule sane dell'organismo, compreso i follicoli dei capelli, causandone la caduta.
Non tutte le famiglie di farmaci creano questo effetto. In alcuni casi dipende dalla combinazione dei farmaci o dal loro dosaggio.
Solitamente i capelli cominciano a cadere tra il tredicesimo e il diciottesimo giorno dopo ogni trattamento.
Solo in pochissimi casi il fenomeno può evidenziarsi nell'arco di pochi giorni.
Il primo campanello di allarme è la caduta di alcune ciocche, durante lo spazzolamento, oppure può capitare di trovarli sul cuscino al risveglio.
Con alcuni farmaci i capelli possono diradarsi o diventare secchi e fragili, o addirittura perdere il pigmento colorato e diventare bianchi.
Talvolta, questo fenomeno può essere molto lento e i capelli possono continuare a cadere per alcune settimane, fino a lasciare la testa completamente calva.
In casi rari, la caduta è molto repentina e si compie in un paio di giorni. Questo per il paziente è fonte di notevole stress dal punto di vista psicologico, ma anche fastidioso perché il cuoio capelluto risulta dolente o infiammato.
La notizia buona è che, spesso, i capelli ricominciano a crescere a fine terapia, inizialmente sottili per poi infoltirsi col tempo, che può variare da 4 a 6 mesi.
L'infermiere oncologico vede questi cambiamenti e conosce lo stato d'animo dei pazienti, riconosce nei loro sguardi i dubbi e le paure che accompagneranno le diverse sedute di somministrazione della terapia.
Solitamente, almeno agli inizi, si sceglie di adoperare dei copricapo quali cappelli o foulard, oppure altre volte si decide di ricorrere ad una parrucca.
Così facendo oltre al danno morale, il paziente, dovrà aggiungere un notevole danno economico.
Però negli ultimi anni c'è stata una svolta, considerando la parrucca non più un accessorio frivolo e superfluo ma un vero e proprio presidio sanitario

Tabella 1: Principali farmaci che possono causare la caduta dei capelli

Farmaco	Tipo di alopecia	Frequenza
Bleomicina	Parziale o totale	Poco frequente
Carboplatino	Parziale, solo se somministrato a dosi elevate	Rara se utilizzato da solo; frequente in combinazione con ciclofosfamide 50%
Ciclofosfamide	Parziale o totale	Molto frequente
Cisplatino	Parziale o totale	Rara se utilizzato da solo; frequente in combinazione con ciclofosfamide 50%
Dactinomicina	Caduta totale di capelli e peli	Poco frequente
Daunorubicina	Caduta totale di capelli e peli	Poco frequente
Doxorubicina	Caduta totale di capelli e peli	54% dei casi
Epirubicina	Caduta totale di capelli e peli	Molto frequente
Etoposide	Parziale o totale	Molto frequente
Idrossiurea	Leggero diradamento	Poco frequente
Irinotecan	Parziale o totale	Molto frequente
Isofosfamide	Parziale o totale	Molto frequente
Melfalan	Parziale o totale, solo se somm. per endovena ad alte dosi	Poco frequente
Methotrexate	Parziale o totale	Solo ad alte dosi
Taxani	Caduta totale di capelli e peli	Molto frequente
Vincristina	Parziale o totale	Poco frequente

CONTRIBUTI E/O RIMBORSI REGIONALI RICONOSCIUTI AI PAZIENTI ONCOLOGICI PER L'ACQUISTO DI PARRUCCHE

necessario. Infatti, l'Agenzia delle Entrate (Risoluzione n. 9/E del 16 febbraio 2010) ha chiarito che la parrucca può rientrare tra le spese sanitarie detraibili se serve a rimediare al danno estetico provocato da una patologia e ad alleviare una condizione di grave disagio psicologico nelle relazioni della vita quotidiana.

Per accedere a queste detrazioni il paziente dovrà presentare al momento della dichiarazione dei redditi il documento fiscale che attesti l'acquisto della parrucca e la documentazione medica che certifichi i trattamenti antitumorali.

Le detrazioni prevedono un abbattimento del reddito imponibile e certo sono uno strumento edificante, ma i pazienti che non hanno un reddito tale da potersi permettere l'acquisto di una parrucca di certo non possono beneficiare di alcuna detrazione.

Oltre le detrazioni esistono anche altri contributi pubblici per l'acquisto della parrucca in caso di alopecia da trattamenti antitumorali; purtroppo però questi ultimi non sono disciplinati in modo uniforme da una normativa nazionale e le disposizioni regionali sono quanto mai diversificate e coprono il bisogno a macchia di leopardo.

Solo quattordici regioni stanziano fondi a parziale o totale contributo per l'acquisto della parrucca.

Si nota un evidente disparità tra nord e sud del paese, aggravata dall'eterogeneità dei criteri applicati per il rimborso che varia da regione a regione, si passa dalla Toscana che arriva per specifici casi ad un contributo di 900 euro, alla Calabria che non prevede contributi, in alcune regioni poi, il contributo è legato all'ISEE.

Sul territorio esistono tante associazioni di volontariato che mettono a disposizione gratuitamente dei pazienti delle parrucche, queste associazioni poi portano avanti una campagna di sensibilizzazione presso i parrucchieri per la donazione dei capelli da parte dei clienti, certo è innegabile che una parrucca con capelli veri è di gran lunga più gradevole e accettabile di una sintetica.

Tra tutte le problematiche e le preoccupazioni che si manifestano e che caratterizzano un paziente oncologico, la perdita dei capelli è sicuramente una goccia in un mare che un pò tutti conoscono.

Consapevole di tutto ciò, l'infermiere dovrà compiere uno sforzo ancora più grande cercando di lasciare nell'armadietto i propri problemi e una volta indossata la divisa farsi carico, anche se in minima parte, del peso che portano questi pazienti nella speranza di alleggerirli.

Alcuni dei trattamenti che vengono attivati, quali terapie antitumorali, possono causare la caduta dei capelli, problema che, oltre a generare una sofferenza psicologica aggiuntiva, comporta un costo, non sempre sostenibile per la persona malata, stante la necessità dell'acquisto di una parrucca. La caduta dei capelli causata dai trattamenti chemioterapici è un momento difficile da accettare per molte donne, a tal punto da avere ripercussioni sul proprio benessere psico-emotivo. Incide in maniera importante sulla percezione della propria immagine ma è allo stesso tempo un segnale chiaro e visibile della presenza della malattia. La caduta dei capelli non deve essere considerata solo come una mera "questione estetica", ma come un momento davvero delicato e tormentato per la donna. La socialità del malato, che tanto incide sulla qualità della vita della persona affetta da tumore, può dipendere anche dalla possibilità o meno di poter disporre di una parrucca, che pertanto non può certo essere considerata un accessorio superfluo ma assimilato a un presidio sanitario necessario. Questo intervento di supporto è ben presente sul territorio nazionale, considerato che molte sono le Regioni italiane che hanno regolamentato gli interventi pubblici per l'acquisto della parrucca in caso di alopecia da trattamenti antitumorali.

DIRITTO DI AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA

Nicola
ROMANO

Diritto di autodeterminazione terapeutica e l'evoluzione del principio di inviolabilità della dignità umana nell'ordinamento costituzionale italiano. Le difficoltà applicative della sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale sul suicidio medicalmente assistito.

L'evoluzione del diritto alla salute verso una marcata soggettività e l'attenzione alle istanze individuali di rispetto delle scelte terapeutiche hanno condotto all'affermazione manifesta del diritto di autodeterminazione terapeutica, già implicito nel testo costituzionale e poi portato ufficialmente alla luce da una coraggiosa giurisprudenza di merito e di legittimità, avallata anche dalle pronunce della Consulta, che ne ha ribadito il fondamento costituzionale. Il dibattito che ha investito la società sulle scelte in tema di salute e di fine vita si è riverberato nelle aule giudiziarie e al contempo ha evidenziato la carenza normativa in una materia estremamente delicata e sentita dal singolo e dalla collettività.

La giurisprudenza si è spinta anche ad evidenziare lo stretto legame tra autodeterminazione e dignità, concetto di difficile esplicazione, che valorizza la dimensione interiore individuale, fungendo da faro per la comprensione e l'accettazione delle scelte del malato.

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219, costituisce il tentativo di dare risposta alle istanze dei singoli e della collettività sul tema dell'autodeterminazione nei trattamenti sanitari, basandosi sulla pregressa esperienza giurisprudenziale di merito e di legittimità sull'argomento, recependo i principi enunciati con vigore anche dalla Corte Costituzionale.

Il principio del consenso informato, il rispetto della dignità del malato e l'esaltazione della relazione di cura tra medico e paziente costituiscono i pilastri su cui poggia la costruzione della legge.

Con la sentenza n. 242/2019 la Corte Costituzionale ha contestualizzato nella normativa vigente il suicidio medicalmente assistito, sancendo quattro parametri per poterne beneficiare e riconoscendo al rifiuto o all'interruzione di trattamenti vitali la valenza di legittimo esercizio del diritto alla salute.

Al contempo la Consulta ha richiamato l'attenzione del Parlamento su alcuni pericolosi vuoti legislativi nella stessa materia.

Tale segnalazione però non ha sortito effetto, al punto da costringere la Corte ad un intervento "normativo" anomalo, che, secondo parte della dottrina, ha messo in discussione le prerogative del Parlamento e ha leso lo spirito di leale collaborazione che dovrebbe contraddistinguere i rapporti tra organi istituzionali.

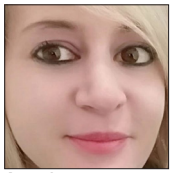
Il rifiuto o l'interruzione di trattamenti medici vitali hanno la valenza di legittimo esercizio del diritto alla salute.

La norma positiva rinvia alla valutazione soggettiva del malato, che dovrebbe ragionare insieme al medico curante sull'opportunità e utilità di un trattamento da intraprendere o se le scelte adottate in precedenza, in presenza di un mutamento delle condizioni, siano ancora sostenibili o siano divenute irragionevoli.

La corretta informazione sulla diagnosi, la prognosi, le eventuali alternative terapeutiche, i rischi e le possibili complicanze si inquadra in questo percorso di rinnovata collaborazione tra medico e paziente, nell'ottica di fornire al malato ogni sostegno, sottraendolo a un abbandono terapeutico ingiusto e incivile. La salute viene intesa come espressione della dignità della persona e, attraverso il consenso infor-

mato, in essa si fondono l'aspetto positivo del diritto alla cura e quello negativo del diritto al rifiuto della cura: dignità nel vivere per il primo aspetto, dignità nel morire per il secondo aspetto.
In questo contesto non è il paziente a dover giustificare le sue scelte terapeutiche, ma è l'opera del medico che deve avere adeguata giustificazione giuridica, nel rispetto dei diritti del paziente alla libertà personale (art. 13 Cost.) e alla salute (art. 32 Cost.), in quanto la finalità terapeutica in sé non è una giustificazione sufficiente.
L'introduzione del "morire con dignità" non deve essere considerato l'effetto di un abbandono del valore della vita, ma va correlato alla disponibilità di strumenti che oggi consentono un prolungamento della vita, anche in situazioni in cui in passato la morte sarebbe sicuramente sopraggiunta.
Tuttavia la pronuncia della Consulta ha già incontrato difficoltà di applicazione, ostacolata nella sua attuazione dall'ostruzionismo opposto dalle Aziende Sanitarie Regionali, sulla base della presunta carenza di disciplina legislativa delle procedure di verifica dei presupposti per accedere al suicidio medicalmente assistito imposte dalla Corte Costituzionale alle aziende sanitarie.
Il percorso verso l'accoglimento pieno delle decisioni personali nel fine vita continua ad incontrare ostacoli sulla sua strada, sia a causa di carenze legislative, sia a motivo delle tensioni etiche che permeano la materia.
Restano ancora aperti molti interrogativi, riconducibili alla configurazione del rapporto tra il diritto di salute, nel suo duplice aspetto soggettivistico e pubblicistico, ed il principio di autodeterminazione, come espressione del più generale principio di libertà personale, qui riferito alle scelte terapeutiche individuali.
Nel 2011, l'OMS ha esplicitato una nuova definizione di salute intesa come «la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive».
Per tale ragione la salute viene intesa come convivenza e accettazione dello stato di salute momentaneo, che consente di vivere autogestendosi, anche in condizioni di malattia irreversibile.
Appare evidente la scomparsa dell'ottimismo della prima definizione e la presa di coscienza dell'esigenza di adattamento alle nuove frontiere della medicina.
Quel che qui si rileva, è che negli ultimi tempi si è andata affermando una definizione di salute che abbandona definitivamente il concetto negativo di salute come assenza di malattia, che sottolinea l'esigenza di curare le persone, non solo le malattie, inoltre che comporta il superamento di una condizione puramente biologica delle malattie, che richiama ad una responsabilità personale, che evidenzia il concetto di equilibrio dinamico fra individuo e ambiente e, infine, che esalta l'individuo nella sua unità e soggettività.
La salute quindi per definizione universale, in un corollario scientifico e indiscutibilmente incontrovertibile assume un preciso connotato, quel processo dinamico in continuo divenire e strettamente collegata alla percezione individuale nei vari momenti della vita. Si tratta di una nuova concezione soggettivistica della salute, che si sviluppa parallelamente con l'evolversi dell'idea di dignità e di integrità della persona. L'essere umano viene visto nella sua globalità e nella sua soggettività, nel suo valore individuale: il bene della persona non viene visto come un mero prolungamento delle funzioni vitali e il concetto di salute contempla il bene integrale dell'essere umano, in tutte le sue espressioni e non nelle sue mere funzioni vitali.
La malattia compromette l'integrità della persona, ma l'approccio esclusivamente biologico alla malattia da parte della medicina rischia di minacciare l'integralità dell'essere umano. Ne consegue la necessità di un rapporto col malato che non consideri solo gli aspetti strettamente clinici, ma abbracci anche il vissuto del paziente inteso come persona.
Infine non si può tralasciare la considerazione secondo cui la salute individuale è stata gradualmente vista in un'ottica sempre più ampia, fino ad includere tanto l'ambiente in cui l'uomo vive quanto il luogo di lavoro.
Basti pensare alla Legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale che prevede tra gli obiettivi la «promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e del lavoro».
In ambito nazionale, la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, costituisce il tentativo di dare risposta alle istanze dei singoli e della collettività sul tema dell'autodeterminazione nei trattamenti sanitari, basandosi sulla pregressa esperienza giurisprudenziale di merito e di legittimità sull'argomento, e recependo i principi enunciati con vigore anche dalla Corte Costituzionale. Il principio del consenso informato, il rispetto della dignità del malato e l'esaltazione della relazione di cura tra medico e paziente costituiscono i pilastri su cui poggia la costruzione della legge.
La Consulta ha fatto recentemente riferimento alla normativa in oggetto, applicandola al tema del suicidio medicalmente assistito, richiamando al contempo l'attenzione del Parlamento su alcuni pericolosi vuoti legislativi nella stessa materia.
La sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale, se da un lato ha messo un punto fermo su un tema molto delicato come la non punibilità dell'aiuto al suicidio in presenza di specifiche condizioni, dall'altro ha aperto l'interrogativo su quale possa essere lo sviluppo futuro della Legge n. 219/2017.

ASMA BRONCHIALE E QUALITÀ DELLA VITA DELL'INDIVIDUO



Angela
SARDELLA

Il progetto "Red Carpet" si pone l'obiettivo di aiutare a migliorare il percorso di diagnosi e di cura.

Con il termine di asma bronchiale (AB) si intende un'ostruzione reversibile delle vie aeree che riconosce come substrato anatomo patologico una flogosi delle vie respiratorie del tutto peculiare e più o meno marcata, che è responsabile dei sintomi e dell'iperreattività bronchiale a stimoli anche minimi.

L'asma è patologia complessa con gravi conseguenze sul malato, sia dal punto di vista economico (per i costi diretti e indiretti della malattia) sia in termini di qualità di vita. La diversa età di insorgenza, i diversi fattori di rischio che condizionano la patogenesi, la cronicità della flogosi che nel tempo causa fenomeni di rimodellamento delle vie respiratorie con perdita progressiva della reversibilità dell'ostruzione, l'associazione a seconda dell'età con altre malattie respiratorie o sistemiche, individuano quadri clinici a volte assai diversi (dai casi trattabili ambulatorialmente alle forme che richiedono un trattamento in Unità di Terapia Intensiva) in cui si richiede una stretta integrazione tra le diverse competenze specialistiche (pneumologo, allergologo, otorinolaringoiatria, pediatra, …). L'integrazione è necessaria sia per una corretta diagnosi sia per un corretto trattamento, ma anche per la prevenzione delle forme complicate e più critiche e per una efficace riabilitazione. L'asma è una patologia del sistema respiratorio caratterizzata da un'infiammazione diffusa delle vie aeree, provocata da vari stimoli che portano a una broncocostrizione completamente o parzialmente reversibile, e da una sintomatologia che comprende episodi ricorrenti di dispnea, respiro sibilante, tosse, senso di costrizione toracica e ostruzione bronchiale (di solito reversibile spontaneamente o dopo trattamento farmacologico) iperreattività bronchiale, infiltrazione di cellule infiammatorie. I fattori di rischio per la comparsa dell'asma si possono distinguere in:

- fattori individuali, che predispongono l'individuo all'asma;
- fattori ambientali, che influenzano la possibilità di sviluppare asma in soggetti predisposti e scatenano le riacutizzazioni o causano la persistenza dei sintomi.

La predisposizione familiare allo sviluppo di atopia è nota da tempo. La dimostrazione nei paesi occidentali di un aumento della prevalenza delle malattie allergiche (atopiche) negli ultimi decenni, ha messo in evidenza l'importanza dei fattori ambientali, verosimilmente correlati a un cambiamento dello stile di vita delle popolazioni residenti.

La cosiddetta «ipotesi igienica» si basa sull'assunto che le migliorate condizioni di vita hanno diminuito l'esposizione a infezioni batteriche e virali durante la prima infanzia, inducendo il sistema immunitario a esprimere risposte che favoriscono l'emergenza dello stato di atopia. All'esposizione agli allergeni si associa l'effetto dei fattori ambientali e climatici (inquinamento atmosferico e professionale), del fumo, nonché di altri fattori legati allo stile di vita.

Gli allergeni maggiormente coinvolti sono i dermatofagoidi (acari della polvere), epitelio e forfora di gatto e cane, i pollini in genere (graminacee, parietaria, cipresso, olivo, betulla) con variazioni tra le varie zone geografiche e le muffe (alternaria in particolare, aspergillo).

L'asma viene classificata in intermittente; lieve persistente; moderata e persistente; grave e persistente. È considerato moderato il paziente che presenta ogni giorno sintomi che limitano alcune attività della vita quotidiana, mentre è detto affetto da asma grave e persistente il paziente in cui i sintomi si manifestano per tutta la giornata e interferiscono con le attività della vita quotidiana in maniera importante.

L'AB può essere classificato come di tipo estrinseco (allergico), intrinseco (non allergico) e professionale. Tutte queste forme hanno analoghe caratteristiche anatomo patologiche. Una corretta gestione dell'asma grave è fondamentale. Per gestire adeguatamente l'asma è importante formulare una diagnosi della malattia, una precisa valutazione del suo livello di gravità e seguire in maniera attenta e costante il trattamento più idoneo a mantenere la patologia sotto controllo. Il percorso diagnostico prende in considerazione l'entità dei sintomi diurni e notturni insieme alla funzione polmonare, misurata attraverso la spirometria (rileva eventuale ostruzione bronchiale). La diagnosi si basa sull'anamnesi, sull'esame obiettivo e sulle prove di funzionalità respiratoria. Durante gli episodi acuti l'analisi dell'espettorato e gli esami ematochimici possono rivelare alti livelli di eosinofili e, se è presente un'asma allergica, vi è un innalzamento dei livelli sierici di IgE.
L'emogasanalisi e l'ossimetria evidenziano ipossia durante gli attacchi acuti. Inizialmente sono presenti ipocapnia ed alcalosi respiratoria, man mano che la condizione peggiora il paziente si affatica maggiormente e la PCO2 può salire. Si eseguono dei test cutanei (prick test) e su sangue (RAST) per la ricerca delle IgE specifiche per i singoli allergeni nel sangue. Le IgE totali (PRIST), anche se sono spia di una possibile allergia, sembra non avere una grande utilità diagnostica nelle allergopatie respiratorie. L'esame radiologico del torace può essere utile ad escludere la presenza di altre patologie. Il trattamento con la terapia farmacologica, più comunemente con beta-2-agonisti e corticosteroidi per via inalatoria comporta il controllo dei fattori scatenanti. Con il trattamento, la prognosi è buona.
Il progetto "Red Carpet", si pone l'obiettivo di aiutare a migliorare il percorso di diagnosi e di cura, puntando su una più stretta collaborazione fra medico di medicina generale e specialista, nonché migliorare la gestione dell'asma grave, ottimizzando il percorso diagnostico e terapeutico del paziente attraverso la centralizzazione della figura del medico di medicina generale e una collaborazione più stretta ed efficace tra medicina del territorio e specialista. Tutto ciò è l'obiettivo di Red Carpet, un progetto innovativo che prevede di selezionare alcuni pazienti potenzialmente asmatici non controllati, dietro valutazione delle cartelle mediche presso il medico di famiglia, e di sottoporli ai principali esami per la diagnosi dell'asma grave nell'ambulatorio dello stesso medico, grazie al supporto di un infermiere che effettuerà i test di screening (spirometria, prick test, IgE totali, asma control test), per un tempo massimo di un'ora per ciascun paziente. Oggi, in molti casi, una persona che soffre di attacchi asmatici tende a sottovalutare il problema o, quando cerca un supporto medico, fatica a ottenere in tempi rapidi risposte e trattamenti adeguati, perdendosi in un cosiddetto labirinto diagnostico fra medico di base, esami da svolgere e visite specialistiche. Il progetto Red Carpet intende stendere un tappeto rosso per consentire al paziente una via d'accesso preferenziale e veloce verso un'indagine completa e approfondita dei sintomi e la definizione della cura migliore. All'interno di una serie di studi di medici di medicina generale, viene proposta un'attività di screening per pazienti selezionati in base ai dati registrati durante le visite. Queste persone sono chiamate a partecipare al progetto e a effettuare direttamente nello studio del medico di base gli esami (prick test; spirometria; test Ige) fondamentali per la diagnosi di asma grave. In questo modo i test, che spesso vengono svolti separatamente e nel giro di qualche mese, possono essere effettuati tutti insieme, gratuitamente e senza richiedere spostamenti in ospedali e strutture diverse.
Una volta valutati gli esiti, i pazienti che lo necessitano vengono subito indirizzati presso uno specialista, dove ottengono una diagnosi precisa ed eventuali correzioni delle terapie in corso o nuove prescrizioni. In seguito, il paziente ritorna a essere seguito dal suo medico di medicina generale nel per-

"La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività che si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Nella gestione del rischio in sanità è determinante, a tutti i livelli, promuovere la realizzazione di "reti" collaborative e divulgative facilitando la condivisione e la conoscenza dei problemi, delle migliori esperienze e delle soluzioni con l'obiettivo di assicurare la migliore qualità delle prestazioni erogate"

I VACCINI E IL LORO IMPIEGO: PRECAUZIONI

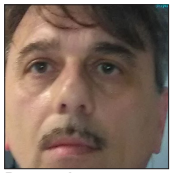
L'Immunoterapia specifica è la pratica di somministrare quantità crescenti di un estratto di allergene ad un individuo allergico per migliorare i sintomi associati con la successiva esposizione all'allergene che gli provoca una reazione.
I preparati che si somministrano nell'Immunoterapia specifica sono di due tipi: quelli da assumere per via sottocutanea e quelli sublinguali. Una caratteristica importante di questi preparati è la concentrazione dell'allergene contenuto.
L'Immunoterapia specifica con preparati da somministrare per via sottocutanea è consigliabile sia eseguita presso un ambulatorio di allergologia, al fine di assicurare una gestione di eventuali reazioni provocate dalla somministrazione; pertanto il paziente deve rimanere presso l'ambulatorio per 30 minuti dopo l'iniezione. Usare alcune precauzioni, come iniettare il preparato a temperatura ambiente, evitare l'attività fisica e l'assunzione di bevande alcoliche a breve distanza di tempo dalla somministrazione. Inoltre prendere nota, in occasione di ogni iniezione, di informazioni come la data, la dose di allergene somministrata, il sito nel quale è stato somministrato il preparato.

corso di gestione e controllo dell'asma.
Il progetto mira a una presa in carico del paziente asmatico più efficiente attraverso una migliore collaborazione fra MMG e specialista. In particolare, il Progetto Red Carpet punta a ridefinire e riaffermare il ruolo del medico di medicina generale, rendendolo il fulcro di una medicina d'iniziativa che parte dalla selezione dei candidati più adeguati, per arrivare alla ripresa in carico del paziente. La gestione della patologia cronica, dopo essere stata correttamente impostata dal medico specialista, viene quindi decentralizzata e portata avanti direttamente sul territorio, facilitando concretamente anche la vita quotidiana del paziente. Il progetto Red Carpet è stato pensato per consentire ai pazienti di svolgere in un unico appuntamento uno screening completo, un modo pratico e utile per rimuovere l'ostacolo dei lunghi tempi di attesa e arrivare rapidamente alla diagnosi. L'asma, in quanto patologia cronica, ha un impatto rilevante sulla qualità della vita dell'individuo, ha un'influenza significativa sulla vita, sul lavoro, sulla scuola. L'ansia e la depressione, che spesso accompagnano l'asma bronchiale, possono peggiorare i sintomi e possono influenzare ulteriormente la qualità della vita. Necessario verificare l'aderenza alla terapia (formulare una perfetta diagnosi di una malattia non ha rilevanza se non vi è aderenza con il trattamento), verificare e insegnare la tecnica inalatoria dei farmaci, che spesso è scorretta (la terapia inalatoria rappresenta la modalità terapeutica più efficace e sicura per la cura dell'asma, in quanto, attraverso l'uso di dispositivi contenenti il farmaco nebulizzato sotto pressione o in forma di polvere, consente di agire direttamente sull'organo bersaglio; il corretto utilizzo dei dispositivi per la terapia inalatoria è fondamentale per garantire l'efficacia della cura e la gestione della malattia), verificare la presenza di comorbidità, che vanno gestite, e l'esposizione a fattori di rischio, che vanno allontanati. Il ruolo dell'infermiere nel progetto Red Carpet è fondamentale. Il paziente può essere trattato efficacemente senza ricovero se i sintomi dell'asma sono relativamente leggeri. Poiché l'ansia che insorge per la paura della dispnea va a peggiorare il quadro clinico respiratorio, è fondamentale la presenza dell'infermiere che, adottando un idoneo approccio, coinvolge nel piano terapeutico anche la famiglia del paziente. Gli interventi infermieristici sono rivolti al miglioramento della respirazione e dell'ansia. Importanza ha per il costante monitoraggio dei parametri vitali e per la valutazione strumentale dei flussi per accertare lo stato respiratorio.
L'infermiere fornisce, come prescritto, nebulizzazione e ossigenoterapia e collabora alle procedure se è richiesta un'intubazione a causa dell'insufficienza respiratoria. Istruisce il paziente su quali posizioni assumere per facilitare la respirazione e mobilizzare le secrezioni da rendere fluide anche attraverso un adeguata assunzione di liquidi.
Fornisce istruzioni sull'autogestione delle esacerbazioni dell'asma, secondo le linee guida di educazione e prevenzione. Istruisce il paziente sulla corretta gestione dei farmaci, sull'uso dell'inalatore dosato e dell'attrezzatura per nebulizzazione. Aiuta il paziente a identificare cosa scatena l'asma, a riconoscere i sintomi che segnalano l'arrivo di un attacco asmatico ed insegna le strategie per prevenirlo e trattarlo. Insegna tecniche di respirazione di adattamento ed esercizi di respirazione come la respirazione a labbra contratte. Promuove pratiche igieniche ottimali circa la nutrizione, il riposo, l'esercizio fisico regolare per migliorare la situazione cardiocircolatoria. Insegnare al paziente asmatico l'autoassistenza e fornirgli una educazione sanitaria completa sulla malattia risulta essere una parte importante dell'assistenza infermieristica domiciliare.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.alleatiperlasalute.it/il-dialogo-conta/progetto-red-carpet-un-tappeto-rosso-lasma-grave-non-controllato
2. https://www.adnkronos.com/corretta-gestione-asma-grave-al-via-progetto-red-carpet_3De86oWmF6VO4J8qvLLLRN
3. https://www.alleatiperlasalute.it/whatsapp-con-il-medico/asma-grave-e-moderato-riconoscerlo-e-controllarlo
4. https://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/linee%20guida%20asma%20bronchiale.pdf/38ddfeb2-a1c1-47b5-99cf-852bf46dadc8

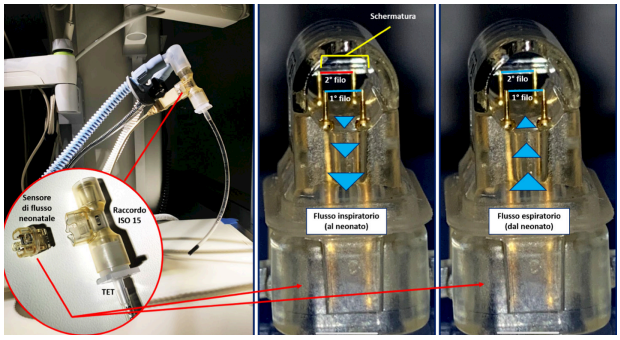
LO STATO DELL'ARTE DELLA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA NEL NEONATO


Domenico
DENTICO

Raffaele
MANZARI

La ventilazione meccanica invasiva (Invasive Mechanical Ventilation), nel neonato, deve essere considerata una misura temporanea di supporto alla funzione polmonare per garantire una adeguata ventilazione alveolare e una ottimale ossigenazione, ridurre il lavoro respiratorio (WOB), limitare gli effetti negativi sul polmone da danno meccanico, biochimico e infettivo (Ventilator Induced Lung Injury, Ventilator Associated Peneumonia) e diminuire l'impatto della pressione positiva sul circolo sistemico, polmonare e cerebrale. L'obiettivo della ventilazione meccanica è racchiuso nel concetto 'Open the lung and keep it open' aspetto realizzabile attraverso una attenta gestione della pressione di fine espirazione (PEEP) e del volume corrente (Vt), che sono le principali determinanti rispettivamente della pressione media, che influenza l'ossigenazione, e del volume minuto che correla con la ventilazione. La ventilazione può essere controllata totalmente dal ventilatore oppure assistita se il neonato respira spontaneamente. Per realizzare la ventilazione assistita bisogna considerare l'ottimale sincronizzazione tra l'attività respiratoria spontanea e l'azione del ventilatore (Patient Triggered Ventilation o PTV), il controllo della pressione, il tempo inspiratorio ciclato (Time-Cycled Pressure-Limited - TCPL) e l'utilizzo della modalità a target di volume. La sincronizzazione neonato/ventilatore si ottiene con un servomeccanismo elettronico (trigger), che innesca l'attività meccanica quando viene captato l'atto respiratorio spontaneo del neonato. La chiusura della valvola espiratoria per un tempo preimpostato di inspirazione (Ti) determina l'aumento della pressione nel circuito ventilatorio con conseguente deviazione del flusso dei gas verso il neonato, ma se la pressione raggiunge il picco (PIP) prima del termine la valvola di sovrappressione si apre scaricando all'esterno l'eccesso di pressione ottenendo, così, il controllo di pressione. Questa situazione si verifica utilizzando flussi molto alti, necessari in alcune condizioni cliniche, che caratterizzano onde pressorie a morfologia quadra (curva di pressione decapitata), anziché triangolare, giustificate dall'intervento precoce della valvola limitatrice di pressione per il raggiungimento anzitempo del picco (PIP), determinando una pausa inspiratoria definita plateau ben visibile sul grafico. Questo inconveniente attualmente è superato grazie ai moderni respiratori, mediante l'utilizzo di una rampa di 0,2 L/m per ottenere un flusso a richiesta e più adeguato e quindi una determinata morfologia d'onda. L'impostazione, poi, del target di volume permette di tagliare pressioni di picco non necessarie per raggiungere il volume prefissato con il vantaggio di erogare il volume inspiratorio utilizzando la pressione più bassa possibile, che varia automaticamente al variare della compliance del sistema respiratorio. Questa impostazione si ottiene settando un volume garantito (VG) corrispondente ad un volume tidal (VT) di 4-6 ml/Kg in tutte le modalità di ventilazione. Le modalità, più frequenti, di ventilazione convenzionale triggerata sono la SIPPV (Synchronised Intermittent Positive Pressure Ventilation o A/C cioè Assistita/Controllata), in cui tutti gli atti sono assistiti dalla macchina, la SIMV (Synchronised Intermittent Mandatory Ventilation), utilizzata in fase di svezzamento ventilatorio, in cui solo alcuni atti sono assistiti dalla macchina, ma con una frequenza respiratoria minima di sicurezza (back up rate) impostata dall'operatore e la PSV (Pressure Support Ventilation), impiegata in neonati che hanno una valida attività respiratoria in cui il supporto pressorio viene interrotto quando il flusso inspiratorio scende al di sotto di un limite predeterminato del picco di flusso, in genere dal 15% al 20%, ottenen-

do una frequenza e un tempo inspiratorio influenzati dal paziente. Per realizzare la sincronia neonato/macchina è necessario un dispositivo chiamato trigger in grado di rilevare prontamente il segnale fisiologico proveniente dal neonato e tra questi sistemi il più utilizzato, in ambito neonatale, è il sensore di flusso. Questo dispositivo è un classico anemometro a filo caldo posto tra crociera e raccordo del tubo endotracheale, estremamente stabile e sensibile perché in grado di cogliere il minimo sforzo inspiratorio anche in un neonato di età e peso estremamente bassi, con un tempo di risposta breve (Response Time) <100m/sec. Da evitare l'autotriggering (auto-cycling) cioè il fenomeno che conduce all'autoattivazione del ventilatore per diversi motivi come l'eccessiva condensa nel circuito ventilatorio, le perdite tra circuito e trachea e le secrezioni abbondanti. Il sensore di flusso utilizzato è a doppio filo di platino sottilissimo riscaldato con temperatura elevata costante di 400 °C. Il gas, attraversando il dispositivo, crea una differenza di temperatura proporzionale all'entità del flusso nel senso che ad un flusso maggiore corrisponde una diminuzione della temperatura del filo che richiede maggiore energia per mantenere costante l'alta temperatura. Questa differenza di temperatura si traduce in una differenza di potenziale producendo i segnali di flusso, volume e pressione. La direzione del flusso aereo viene valutata dal raffreddamento del filamento del sensore in base alla fase respiratoria. In fase inspiratoria il flusso verso il neonato raffredderà il filamento vicino al pz perché il primo filamento è protetto da un profilo di plastica (schermatura al flusso). Quindi il primo elemento riscaldato non perderà temperatura mantenendola a 400°C, il secondo presenterà una temperatura minore (raffreddamento) in proporzione al flusso aereo che lo attraversa e questa differenza termica verrà registrata come differenza di potenziale elettrico, che genererà il segnale di flusso. Il minimo flusso di funzionamento, considerato affidabile è 0,2 ml/min., mentre valori minori vengono eliminati e visualizzati come flusso zero. Un altro modo di ventilazione assistita triggerata è quella controllata a livello neurale (NAVA, Neurally Adjusted Ventilatory Assist) in cui la sincronizzazione degli atti respiratori spontanei avviene attraverso un sensore, presente in un particolare sondino naso-gastrico, che è in grado di rilevare l'attività elettrica diaframmatica. Tra le modalità di ventilazione, invece, non convenzionali più utilizzate, in ambito neonatale, ricordiamo l'Alta Frequenza Oscillatoria (HFO), che utilizza frequenze altissime di 10-15 Hz



Nell'immagine è raffigurato il sensore di flusso neonatale Dräger e suo funzionamento.

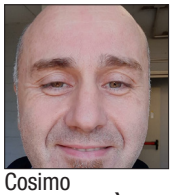
(600-900 cicli al minuto) con possibilità, anche grazie ai ventilatori di nuova generazione, di misurare il volume corrente (VThfo) e di impostare anche un target di volume. La pressione media delle vie aeree (MAP, Mean Airway Pressure) detta anche Pressione Continua Distendente (PCD), attorno alla quale la pressione oscilla, determina l'entità dell'ossigenazione, parametro che dipende anche, comunque, dalla FiO2. Altra variabile in HFO è l'Ampiezza (ΔP à Delta P) dell'oscillazione della pressione intorno alla MAP, che determina l'efficacia della ventilazione alveolare e l'entità della rimozione della CO2. In genere si utilizza un valore di ampiezza (si inizia in genere con circa 30 cm H2O) tale da permettere di visualizzare i movimenti della parete toracica. Le variazioni di volume corrente influenzano la rimozione di CO2. In ventilazione convenzionale la relazione tra l'eliminazione di CO2 (DCO2 che è il coefficiente di trasporto dei gas) e volume corrente è espressa dalla formula DCO2 = f • VT (frequenza•Volume Tidal) che in corso di HFO si modifica in DCO2 = f • VT^2. Si può ben osservare che la rimozione della CO2 in HFO è fortemente influenzata dal VT, più di quanto non accada in ventilazione convenzionale tanto che piccole variazioni di volume aumentano in maniera significativa la DCO2. L'HFO è l'unica modalità di ventilazione in cui l'esalazione è sempre attiva. In fase inspiratoria il flusso aereo è diretto verso il neonato. Il filo colorato in rosso, pur essendo esposto al flusso, non perderà temperatura in quanto schermato da un profilo in plastica mentre il filo colorato in blu si raffredderà in proporzione al flusso aereo che lo attraversa. Questa differenza verrà registrata come differenza di potenziale elettrico, che produrrà il segnale di flusso. In fase espiratoria entrambi i fili verranno raffreddati in egual misura, in quanto nessuno dei due è schermato dal lato del flusso espiratorio, e quindi non si registrerà alcuna differenza di potenziale.

RIFERIMENTI

1. Branca, F. P. (2000) 'Fondamenti di ingegneria clinica' Vol.1., editore Springer.
2. Klaus-Fanaroff's (2020) 'Cure del neonato ad alto rischio' 7 ª edizione, Antonio Delfino Editore.
3. Moretti, C. (2002) 'Disturbi respiratori del neonato - Dalla patogenesi alla terapia', Masson Editore.

EMODIALISI E PANDEMIA DA COVID-19

Cosa è successo nei reparti di Emodialisi durante la pandemia da COVID-19? Presentazione di uno studio qualitativo fenomenologico



Cosimo
DELLA PIETÀ

Giovanni Andrea
MORABITO

L'origine del presente studio qualitativo nasce dall'interesse di voler analizzare e comprendere quali sono stati gli effetti della pandemia da COVID-19 sugli infermieri che assistono le persone sottoposte all'emodialisi.

Per analizzare tale tematica abbiamo svolto uno studio qualitativo fenomenologico, su un campione di dimensioni contenute di infermieri che prestano servizio in un servizio di emodialisi, al fine di comprendere i loro vissuti, le loro emozioni, i comportamenti messi in atto e condivisi dal gruppo di professionisti assistenziali.

La parola d'ordine dello studio qualitativo è "comprendere i perché", il suo obiettivo è stato quello di esplorare, spiegare, non andare a misurare.

È una tipologia di ricerca, che si basa su dati quasi esclusivamente qualitativi e produce informazioni qualitative, descrizione di fenomeni da un punto di vista definito che, in quanto tali, non possono essere generalizzate.

L'obiettivo è quello di approfondire e ampliare la conoscenza di una data situazione, andando a coglierne tutta la complessità del fenomeno oggetto di studio.

Il progetto scelto riguarda la condizione degli infermieri nelle UO di dialisi, durante il periodo Covid-19.

Lo studio è stato svolto utilizzando, delle interviste in profondità, svolte telefonicamente ed individualmente, non potendo effettuare un'intervista in presenza a causa delle restrizioni dovute al COVID-19, a 10 infermieri, di alcuni centri dialisi privati convenzionali, della provincia di Taranto, ai quali sono state sottoposte 6 domande, per capire ciò che secondo ognuno di loro è cambiato in ambito lavorativo.

Le domande somministrate sono le seguenti:

1. La invito a presentarsi, genere, anni di lavoro, anni di lavoro con i malati dializzati.
2. L'assistenza infermieristica al malato dialitico durante l'emergenza pandemica da covid-19, cosa è successo secondo la sua esperienza?
3. Nella sua realtà lavorativa specifica, quali sono stati i vissuti personali, relativi alla pandemia?
4. Può raccontarmi qualche episodio specifico, legato al suo lavoro, cui è stato coinvolto emotivamente.
5. Alla luce della sua esperienza, cosa avrebbe fatto di diverso, per assistere i malati dializzati?
6. Dalla sua esperienza vissuta durante la pandemia, cosa pensa di modificare nell'assistenza ai malati dializzati in futuro?

I dati raccolti, sono presentati in forma anonima ed aggregata, inseriti in tabelle, dove ogni intervistato è stato denominato con la sigla: "inf.1, inf. 2, inf. 3, …".

Le risposte date dagli intervistati, sono state elencate nelle tabelle, segnalando nella colonna corrispondente, quanti partecipanti hanno espresso lo stesso concetto.

Donna	Uomo	Età 20/40	Età 40/60	Età lavorativa 10/20	Età lavorativa 20/30
Inf. 1			Inf.1		Inf. 1
Inf. 2			Inf. 2		Inf. 2
Inf. 3		Inf. 3		Inf.3	
Inf. 4		Inf. 4		Inf. 4	
Inf. 5		Inf. 5		Inf. 5	
Inf. 6			Inf. 6		Inf. 6
Inf. 7		Inf. 7		Inf. 7	
	Inf. 8		Inf. 8		Inf. 8
Inf. 9			Inf. 9		Inf. 9
	Inf. 10	Inf. 10		Inf. 10	
Tot: 8	**Tot: 2**	**Tot: 5**	**Tot:5**	**Tot: 5**	**Tot: 5**

Domanda n. 1

La invito a presentarsi, genere, anni di lavoro, anni di lavoro nell'assistenza ai

malati dializzati. Abbiamo sottoposto questa intervista a 10 infermieri, che, come da tabella, sono suddivisi in: 4 donne con un'età compresa tra i 40/60 anni con un'esperienza lavorativa compresa tra i 20/30 anni; 4 donne con un'età compresa tra i 20/40 anni, con un'esperienza lavorativa compresa tra i 10/20 anni; 1 uomo con un'età compresa tra i 20/40 anni, con un'esperienza lavorativa compresa tra i 10/20 anni; 1 uomo con un'età compresa tra i 40/60 anni, con un'esperienza lavorativa compresa tra i 20/30 anni.

Domanda n. 2

L'assistenza infermieristica al malato dialitico, durante l'emergenza pandemica da covid-19, cosa è

Assistenza infermieristica intensificata, ad ogni minimo segnale diverso dai soliti si intensificavano le attenzioni nei confronti dei pazienti	Inf.1 Inf.8 Inf.9	Tot: 3
La mancanza del contatto con il paziente, l'utilizzo di tute protettive ed il non poter "vivere" il rapporto con il paziente com'era prima della pandemia	Inf.5 Inf.7 Inf.2	Tot: 3
L'aumentato dell'uso dei DPI per tenere al sicuro i pazienti e gli infermieri stessi con l'intento di andare a limitare al minimo la possibilità di contagio.	Inf.3 Inf.4 Inf.10 Inf.6	Tot: 4

successo secondo la sua esperienza?

Sulla base delle 10 interviste effettuate, abbiamo potuto notare come il periodo pandemico abbia modificato in maniera significativa l'esperienza lavorativa degli infermieri, in quanto nella maggior parte delle risposte, si può notare come le priorità siano quelle dell'utilizzo corretto e continuo dei dispostivi di protezione individuali ed il rispetto delle linee guida, così come l'intensificarsi delle attività infermieristiche e la modifica dei rapporti comunicativi e relazionali con i malati assistiti.

Domanda n. 3

Vivere con ansia e paura la pandemia, rischiando di essere veicolo di contagio per pazienti e familiari	Inf. 3 Inf. 4	Tot. 2
L'incredulità e lo sguardo dei pazienti verso la novità del Triage all'ingresso della clinica	Inf. 6 Inf. 5	Tot. 2
La differenza tra prima e seconda "ondata", nella quale ci sono stati molti casi di contagio sia tra pazienti che tra infermieri	Inf. 2 Inf. 8 Inf.10	Tot. 3
I turni stressanti dovuti alla mole di lavoro in più e al numero di contagi elevato tra il personale sanitario	Inf. 1 Inf. 7 Inf. 9	Tot. 3

Nella sua realtà lavorativa specifica, quali sono stati i vissuti personali, relativi alla pandemia?

Nelle risposte date a questa domanda, si pone l'attenzione costante sulla paura di un possibile contagio e di essere veicolo per pazienti e familiari. Nella maggior parte delle risposte abbiamo ricevuto pareri concordi sulla differenza tra prima e seconda ondata pandemica da COVID-19, data dall'aumento dei casi nella seconda rispetto alla prima, con conseguente aumento della mole di lavoro causata proprio dal numero elevato di casi tra il personale sanitario.

Domanda n. 4

Può raccontarmi qualche episodio specifico, lega-

Il primo decesso causa covid-19 di una paziente giovane e la "freddezza" con cui è stata salutata quando è risultata positiva	Inf. 4 Inf. 7	Tot: 2
Il decesso di un paziente e la perdita di umanità di fronte alla morte, nessun contatto, nessuno sguardo familiare e l'essere inermi di fronte al dolore	Inf. 3 Inf. 9	Tot: 2
Il ritorno in struttura di un paziente guarito dal covid ma cambiato profondamente, sia fisicamente che psicologicamente	Inf. 2 Inf. 10 Inf. 5	Tot: 3
Una paziente che ringraziava gli infermieri per il lavoro ed una frase che rimarrà per sempre impressa *"La dialisi mi fa sopravvivere e non vivere"*	Inf. 1	Tot: 1

to al suo lavoro, cui è stato coinvolto emotivamente. Ciò che si evince dalle risposte a questa domanda è che il senso di solitudine, di smarrimento, di paura e di rassegnazione riscontrati nei pazienti positivi, ha segnato notevolmente sia da un punto di vista psicologico che dell'umore gli infermieri intervistati.

Domanda n. 5

Alla luce della vostra esperienza, cosa avreste fatto di diverso, per assistere i malati dializzati?

A questa domanda le risposte ricevute, nonostante

Nulla di più, si è sempre dato il massimo e si è sempre assicurata l'assistenza infermieristica ai pazienti positivi, alla pari di pazienti non affetti da covid-19	Inf. 1 Inf. 2 Inf. 3 Inf. 4 Inf. 5 Inf. 6 Inf. 7 Inf. 8 Inf. 9 Inf. 10	Tot: 10

le interviste fossero individuali e separate, una univocità di risposta. I 10 infermieri intervistati hanno confermato la percezione di aver dato il massimo (nonostante la situazione di grande difficoltà), riuscendo a garantire in ogni caso, la continuità assistenziale per i pazienti positivi al covid-19 al pari di quelli negativi.

Domanda n. 6

Dalla sua esperienza, vissuta durante la pandemica, cosa pensa di modificare nell'assistenza ai ma-

Con le vaccinazioni, dai dati si capisce che il gran numero di vaccinazioni effettuate ha in parte attenuato la pandemia, sperando di poterla sconfiggere del tutto in futuro	Inf. 1 Inf. 9 Inf. 10	Tot: 3
Il continuo e costante utilizzo dei dispositivi di protezione individuali (DPI) per andare a limitare il più possibile i contagi	Inf. 2 Inf. 3 Inf. 4 Inf. 5 Inf. 6 Inf. 7	Tot: 6
Maggiore attenzione ai sintomi riferiti	Inf. 8	Tot: 1

lati dializzati in futuro?

Concludendo l'intervista con una domanda sul futuro, la maggioranza degli infermieri intervistati, ha

Gli operatori sanitari costituiscono un gruppo ad alto rischio di sviluppare una grande varietà di problemi fisici e mentali a seguito del lavoro diretto o indiretto con pazienti affetti da Covid-19 nonchè sono particolarmente esposti alla minaccia di trasmissione del virus proprio a causa del loro lavoro in prima linea a stretto contatto con pazienti positivi al SARS-CoV2 con elevate cariche virali e con Dispositivi di Protezione Individuale non sempre ottimali.
Nel contempo, lo stress, l'alto carico emotivo, i lunghi orari, le preoccupazioni di contrarre l'infezione o di trasmetterla ai propri familiari, la mancanza di supporto adeguato nell'ambiente di lavoro e di trattamenti efficaci possono, altresì, influenzare la loro salute mentale.
I cambiamenti della salute mentale durante il lockdown sono stati rilevati da studi condotti negli Stati Uniti e in Italia, che hanno dimostrato una maggiore prevalenza e gravità di sintomi ansiosi e depressivi insieme a una compromissione delle funzioni psicologiche che coinvolgono memoria e attenzione.
Sono stati, inoltre, segnalati cambiamenti nelle abitudini di vita in risposta al COVID-19 e al lockdown.
Studi italiani hanno riscontrato una diminuzione della frequenza dell'attività fisica, un deterioramento delle abitudini del sonno e abitudini alimentari malsane. Si ritiene di massima importanza adottare misure di salute pubblica appropriate per mitigare gli effetti negativi dei lockdown e per identificare i gruppi più vulnerabili ai potenziali effetti collaterali dei blocchi per sviluppare azioni di salute pubblica esplicitamente destinate a queste popolazioni vulnerabili.

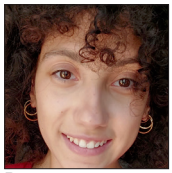
dato un'importanza assoluta sull'utilizzo dei DPI, che consentono di limitare il più possibile i contagi. Cosi come, grande speranza viene data alle vaccinazioni.
In conclusione, da questo progetto di ricerca, sono emersi i cambiamenti che la pandemia da Covid-19 ha comportato nelle procedure operative degli Infermieri in un reparto di emodialisi, descrivendo altresì, le reazioni degli stessi infermieri, a questa nuova realtà.
Il progetto si è basato appunto sulla ricerca della comprensione del pensiero degli infermieri intervistati, cercando di comprendere l'impatto emotivo, relazionale e fisico che la pandemia ha prodotto su di loro.
Nelle 5 domande successive alla presentazione, si è cercato di capire ciò che per loro ha voluto dire lavorare e vivere in questo periodo pandemico, in un reparto di emodialisi, andando a esplorare i vissuti durante il lavoro, ed in maniera soggettiva ciò che più li ha colpiti. Abbiamo ricevuto risposte perlopiù omogenee.
L'utilizzo continuo e costante dei dispositivi di protezione (DPI) da un punto di vista di tutela della salute dell'utente e degli operatori, erano la "salvezza" mentre da un punto di vista del contatto con il paziente creano una barriera.
Gli occhi impauriti di un paziente, la mancanza del contatto fisico diretto, il calore di una mano, di una carezza o anche di un semplice abbraccio sono venuti a mancare, o sono stati limitati dai DPI, andando di conseguenza ad influire, e modificare, sia l'empatia tra infermiere e paziente, sia l'aspetto psicologico di entrambi, dove l'infermiere vive quasi un senso di impotenza, pur nella consapevolezza di aver adottato le nuove procedure in maniera corretta.
Dalla parte del paziente, invece, si evidenzia il senso di abbandono e di solitudine.
Altro aspetto importantissimo è la omogeneità di risposte date alla domanda 5, la continuità assistenziale assicurata a tutti i pazienti, sia quelli positivi al COVID-19, che quelli negativi ed il mettere da parte ogni tipo di paura e di ansia è risultato essere il punto cardine dell'assistenza infermieristica.
Nonostante la frustrazione dovuta alla perdita di numerosi pazienti a causa del COVID-19, emerge comunque, la certezza e la consapevolezza di aver sempre dato il massimo, sia dal punto di vista professionale che dal punto vista umano.

BIBLIOGRAFIA

1. ACR Manual on Contrast Media: Version 10.3. American College of Radiology Committee on Drugs and Contrast Media. 2018.
2. Saran R, Robinson B, Shahinian V, et al: United States Renal Data System. 2018 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of kidney disease in the United States.
3. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2018.
4. Acocella, I. (2008), Il focus group: teoria e tecnica, Milano, Franco Angeli. Addison, R. (1999), A grounded hermeneutic editing approach. In: Crabtree, B., Miller W., (eds), Doing qualitative research, > ousand Oaks, CA, Sage Publications, pp. 145-62. Albert, M. (2004), Understanding the debate on medical education research: a sociological perspective, Academic Medicine, 79: 948-54.
5. Atkinson, S., Burden, K. (2007), 'Virtuality, veracity and values: Exploring between virtual and real worlds using the 3V model', in ICT: Providing choices for learners and learning. Proceedings Ascilite, Singapore 2007.
6. Online. Available HTTP: http://www.ascilite.org.au/conferences/singapore07/procs/atkinson
7. Prof. Mario Cozzolino, https://giornaleitalianodinefrologia.it/2020/06/37-03-2020-2/#4_Dialisi_al_paziente_ricoverato_nei_reparti_Covid-19.
8. KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) Acute Kidney Injury Work Group: KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney Inter Suppl. 2:1–138, 2012.

TIPOLOGIE DI COPING DEL PAZIENTE ONCOLOGICO E DEL CAREGIVER

Una indagine osservazionale sulle tipologie di coping del paziente oncologico e del caregiver: quali aree esplorare?



Rosa
TEDESCO

Rossella
LIPPOLIS *

Nonostante i numerosi e significativi progressi scientifici, il miglioramento delle cure e l'incremento del tasso di sopravvivenza dei pazienti, nell'immaginario collettivo e individuale il cancro continua ad associarsi a significati di sofferenza, impotenza, isolamento e morte.

A causa delle rappresentazioni presenti tutt'oggi sul cancro, questa malattia determina un disordine emotivo esistenziale non solo in chi ne viene colpito ma anche alle persone a lui vicine, che se ne fanno carico sotto tutti gli aspetti.

Ricevere una diagnosi di cancro implica un impatto emotivo importante per il paziente e la sua famiglia (Matthews, Baken, Ross, Ogilvie, & Kent, 2019). A tal proposito, pertanto, si sono sviluppati interventi di supporto psicologico sia in aiuto dei pazienti che dei caregivers, oltre che di formazione in favore del personale sanitario che assume la presa in carico del malato.

Questa necessità muove dalla consapevolezza che i pazienti esprimono i loro bisogni diversamente in base all'età e al livello di istruzione (Gad Sondergaard, 2013) e per i professionisti sanitari non è sempre facile individuarli; è stata infatti osservata una discrepanza fra le esigenze percepite dai pazienti e quelle percepite dai professionisti (Tamburini et al., 2000).

Il capo II del Codice Deontologico del profilo dell'infermiere sulla Responsabilità assistenziale sottolinea come la presa in carico infermieristica del paziente sia un prezioso momento dell'iter assistenziale deputato alla rilevazione di tutti i bisogni dell'assistito: dalla gestione della terapia alla valutazione del rapporto con i caregiver, ai bisogni fisici ed emotivi, nell'ottica di una valutazione olistica della patologia. L'infermiere in ciascuna fase del percorso di assistenza in favore del paziente è pertanto chiamato a svolgere il ruolo attivo di facilitatore e incentivatore delle risorse già disponibili della diade malato-caregiver.

Nel corso degli ultimi anni lo sforzo che è stato fatto per aggregare la realtà del sanitario e la realtà del paziente ha portato all'elaborazione di numerosi strumenti che possono valutare qualità di vita, bisogni e soddisfazione delle cure (Tamburini et al., 2003).

La realizzazione del presente studio parte dalla consapevolezza che le competenze apprese durante gli anni di studio e perfezionate nella realtà lavorativa, sono una parte importante dell'assistenza ciononostante non soddisfano alcuni quesiti.

Questa indagine si è quindi proposta di valutare, mediante un questionario autosomministrato, quali tipi di coping utilizzano il paziente e parallelamente il caregiver che accedono all'Ambulatorio di Oncologia Medica Universitaria del Policlinico di Bari, per fronteggiare il carico di stress generato dall'esperienza della malattia e dell'assistenza.

Quali prassi metodologiche e quali strumenti consentono di individuare e promuovere le strategie di coping più funzionali e rilevare quelle che lo sono meno, cosi da farne segnalazione al dirigente psicologo?

L'indagine è stata condotta su un piccolo campione di pazienti oncologici (N=50) e caregiver (N=50), che hanno fatto accesso nell'Ambulatorio di Oncologia Medica Universitaria dell'Azienda Policlinico di Bari nel periodo compreso tra il 04/02/2022 e il15/02/2022, attraverso la somministrazione di una scheda costruita appositamente, con la supervisione della psiconcologa dell'Ambulatorio.

Le schede elaborate sono la “Scheda infermieristica per la rilevazione del coping nel paziente oncologico” (Tab. 1) e la “Scheda infermieristica per la rilevazione del coping nel caregiver” (Tab. 2); entrambe ideate sulla base delle diagnosi infermieristiche NANDA (2021-2023): coping inefficace, coping inadeguato della famiglia, coping indebolito della famiglia, disponibilità a migliorare il coping della famiglia e disponibilità a migliorare il coping (Box n.1).

Coping inefficace (00069): Incapacità di fare una idonea valutazione degli agenti stressanti, inadeguatezza nella scelta di risposte pratiche e/o incapacità di utilizzare le risorse disponibili.
Coping inadeguato della famiglia (00073): comportamento di una persona significativa (componente della famiglia, altra persona significativa o amico stretto) che diminuisce le capacità proprie em dell’assistito di affrontare efficacemente i compiti essenziali per l’adattamento di entrambi a una situazione che rappresenta una sfida alla salute.
Coping indebolito della famiglia (00074): una persona che generalmente rappresenta il riferimento primario (componente della famiglia, altra persona significativa o amico stretto) fornisce all’assistito- che ne ha bisogno per gestire o padroneggiare comportamenti adattativi correlati al suo problema di salute- un sostegno, conforto, aiuto o incoraggiamento insufficiente o compromesso.
Disponibilità a migliorare il coping della famiglia (00075): modello di valutazione efficace dei fattori di stress mediante sforzi cognitivi e/o comportamentali per gestire le richieste relative al benessere, che può essere rafforzato.

Per costruire strumenti sensibili ad indagare i seguenti aspetti si è proceduto ad una attenta ricerca bibliografica, tramite libri di testo e nelle banche dati.

Entrambe le ricerche non hanno prodotto risultati applicabili all’obiettivo di indagine; l’unico documento affine sono state le Linee guida dell’associazione Assistenza dei malati Oncologici (AIOM) redatte nel 2019.

Le domande hanno permesso di osservare come il paziente e il suo caregiver si interfacciano alla malattia.

Sono stati arruolati nello studio i pazienti e i caregivers, che hanno manifestato curiosità e interesse spontaneo, indipendentemente dalla presenza o meno della figura complementare nell’indagine. I dati raccolti tramite questo strumento hanno avuto il fine di indagare le aree tematiche coerenti con l’obiettivo definito.

Il questionario è stato distribuito dall’infermiera tesista ai caregivers e/o pazienti nella sala di attesa dell’Ambulatorio e ai pazienti nelle stanze preposte alle infusioni di chemioterapia, dopo aver spiegato lo scopo dell’indagine e dopo aver raccolto il consenso informato.

Per la compilazione i pazienti hanno impiegato un tempo variabile dai 15 ai 30 minuti, disponendo di un ambiente confortevole e tranquillo; solo su richiesta del soggetto, l’infermiera ha prestato il suo aiuto per la comprensione o compilazione della scheda. Al termine le schede sono state raccolte dalla tesista per l’analisi dei dati.

Dato che l’approccio del malato alla propria condizione mette in campo tante variabili emotive e significati, si è preferito per la costruzione di questa scheda l’utilizzo di un linguaggio chiaro, semplice e comprensibile a tutti i gradi di istruzione. Questo aspetto è così importante perché dalla tipologia di domande dipenderà il grado di comprensione e di collaborativà del paziente e del caregiver e di seguito il tipo di intervento più congruo da mettere in atto.

Le schede sono pertanto state costruite con domande di facile comprensione, con tipologie varie di risposta, dalla scala Likert a risposte multiple, dicotomiche o aperta.

Per quanto riguarda il coping inefficace l’indagine si è focalizzata sulla presenza/assenza di richiesta di aiuto, sulla comparsa di sentimenti contrastanti come ansia e umore depresso e su come il paziente si confronta con questi, sulla presenza ricorrente di pensieri di morte, di suicidio e sulla gestione dello stress.

Per quanto riguarda il coping inadeguato e indebolito della famiglia, l’indagine ha esaminato il principale fautore del supporto del paziente, ha proceduto con il confronto tra il malessere del paziente e quello del caregiver, infine con la rilevazione di eventuali momenti che hanno reso impossibile supportare il proprio caro.

Con le diagnosi di disponibilità a migliorare il coping e il coping della famiglia si è focalizzato l’interesse su quali potrebbero essere gli interventi da introdurre per migliorare la compliance dell’assistito e del caregiver.

Concludendo, promuovere la relazione di cura tra infermiere, paziente e la persona per lui significativa, rappresenta un caposaldo essenziale per il processo assistenziale e soprattutto per garantire il benessere psico-fisico del paziente, far comprendere a chi si affida alle cure infermieristiche di non essere solo, ma di avere tutto il supporto possibile e professionale.

Da questa prima indagine osservazionale è emerso che la scheda infermieristica, sia quella rivolta al paziente che quella rivolta al caregiver, è stata compilata per lo più da soggetti di sesso femminile, con

(Tab. 1) "Scheda infermieristica per la rilevazione del coping nel paziente oncologico"

SCHEDA INFERMIERISTICA PER LA RILEVAZIONE DEL COPING NEL PAZIENTE ONCOLOGICO				
1 - Nei momenti più critici connessi alla sua malattia (comunicazione diagnosi, avvio trattamento, intervento chirurgico …), è riuscito/a a chiedere aiuto?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
2 - Sin dalla comunicazione della diagnosi, le è capitato di ricevere supporto?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
3-Se si, da chi?				
Familiare	Amico	Equipe curante	Figura spirituale	
4-Dalla comunicazione della diagnosi a tutt'oggi, si è accorto di aver utilizzato minori sostegni sociali?				
Si	No	Forse		
5-La diagnosi di malattia ha determinato la perdita di interessi/piaceri?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
6-La diagnosi di malattia ha compromesso la sua capacità di fare progetti per il futuro?				
Si	No	Forse		
7 - Sicuramente ha notato la comparsa nella quotidianità di ansia/preoccupazione/umore depresso. Secondo lei, dal momento della diagnosi ad oggi, queste condizioni hanno seguito un'evoluzione?				
Si	No	Forse		
8-Tra questi stati di ansia/preoccupazione/umore depresso com'è riuscito/a a gestire quelli più intensi?				
Aiuto specialistico farmacologico	Aiuto specialistico psiconcologico	Aiuto familiare	Aiuto amicale/sociale	
9-Le è mai capitato di pensare al suicidio o di avere pensieri ricorrenti di morte?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
10-Se si, è mai riuscito/a in qualche momento a liberarsi di questi pensieri?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
11- Secondo lei la diagnosi ha condizionato il modo con cui i suoi familiari la vedono?				
Si	No	Forse		
12-Si è mai sentito costretto/a a fare qualcosa pur di assecondare i suoi familiari anche se andava contro la sua volontà?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
13-Ha mai percepito la difficoltà di un suo familiare a tenere distinti il proprio malessere (collegato alla sua condizione di malato/a) dal suo?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
14-Cosa si aspetterebbe dal suo familiare/figura significativa di ricevere in più o meglio?				
Supporto emotivo	Supporto nel disbrigo pratiche burocratiche e pianificazione controlli di salute	Supporto economico	Supporto nella comprensione ed esecuzione del piano terapeutico	Supporto nella gestione dei compiti e ruoli familiari
15-Come misura il suo livello di stress rispetto alla malattia, dalla diagnosi ad oggi?				
Sopportabile	Non sopportabile			
16-Quale tipo di interventi possono essere utili a gestire meglio il suo stress?				
Frequentare persone con la stessa patologia	Ricevere sostegno psicologico	Ampliare la propria rete sociale	Usufruire di sussidi economici	Migliorare la relazione con l'equipe curante

un'età media di 58 anni per i pazienti e 48 per i caregivers.

Dall'analisi degli item è emerso come i pazienti siano riusciti frequentemente a chiedere aiuto. Inoltre, nella maggior parte dei casi hanno percepito di ricevere un adeguato supporto dal proprio familiare.

Dalla comunicazione della diagnosi fino al momento della compilazione del questionario, i pazienti riportano di non aver riscontrato minor sostegno dal contesto sociale.

Al contrario, in media hanno registrato una perdita di interessi/piaceri.

La diagnosi di malattia ha compromesso la loro capacità di fare progetti per il futuro con la comparsa dei seguenti stati emotivi: ansia/preoccupazione/umore depresso.

Questi sono stati gestiti nella maggior parte dei casi grazie all'aiuto familiare.

È emerso come non ci siano pensieri ricorrenti di morte o legati al suicidio.

I pazienti hanno evidenziato, inoltre, come la diagnosi abbia cambiato il modo in cui i familiari li vedono, in alcuni casi costringendoli a fare delle scelte o azioni non desiderate o volute.

Tuttavia, al contrario non hanno percepito la difficoltà di un loro familiare a tenere distinti il proprio malessere dalla condizione di malattia.

Ciò che è importante sottolineare è che i pazienti hanno evidenziato la necessità di ricevere dal proprio familiare un maggior supporto emotivo.

Per quanto concerne il livello di stress esperito, è stato rappresentato come sopportabile e gestibile. Infine, gli interventi che sarebbero più utili a gestire lo stress vertono nella maggior parte dei casi sull'ampliamento della propria rete sociale.

Dall'analisi degli item è emerso come i caregiver sono stati sempre presenti nei momenti più critici del proprio familiare/amico/assistito e percepiscono di aver fornito loro un adeguato supporto.

Secondo la loro percezione, i livelli di ansia/preoccupazione/umore depresso nel paziente sono quasi generalmente cambiati nel corso del tempo e questi sono stati mediamente gestiti.

I caregiver hanno, inoltre, evidenziato come non sia cambiato il loro modo di vedere il proprio familiare/

(Tab. 2) "Scheda infermieristica per la rilevazione del coping nel caregiver"

SCHEDA INFERMIERISTICA PER LA RILEVAZIONE DEL COPING NEL CAREGIVER				
1-Nei momenti più critici del familiare/amico/assistito lei è/era presente?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
2-Nei momenti più critici ritiene di essere riuscito/a a fornire al suo familiare/amico/assistito il supporto necessario?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
3-I livelli di ansia/preoccupazione/umore depresso nel paziente, secondo lei, sono cambiati nel tempo o sono rimasti invariati?				
Si	No	Forse		
4-Tra quelli che ritiene essere stati fino ad oggi per il paziente i livelli di ansia/preoccupazione/umore depresso più rilevanti, ha notato quanto il suo familiare/amico/assistito è riuscito/a a gestirli?				
Si	No	Forse		
5-Secondo lei la diagnosi ricevuta dal suo familiare/amico/assistito ha cambiato da parte sua in un certo modo il suo modo di vederlo/a?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
6- -Dal momento in cui ha appreso la diagnosi del suo familiare/amico/assistito a tutt'oggi, ha mai fornito sostegno ancor prima che le venisse chiesto?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
7-Ha mai percepito difficoltà a distinguere il proprio malessere da quello vissuto dal suo familiare/amico/assistito malato?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
8-Come misura il suo livello di stress rispetto alla malattia del suo familiare/amico/assistito, dalla diagnosi ad oggi?				
Sopportabile	Non sopportabile			
9-Ci sono momenti che percepisce maggiormente stressanti, tali da non riuscire a supportare adeguatamente il suo familiare/amico/assistito ?				
Si	No	Forse		
10-Se si, con quale frequenza?				
Mai	Raramente	Frequentemente	Spesso	Sempre
11-Quali strategie ritiene potrebbero aiutare il suo familiare/amico/assistito a gestire al meglio lo stress?				
Frequentare persone con la stessa patologia	Ricevere sostegno psicologico	Ampliare la propria rete sociale	Usufruire di sussidi economici	Migliorare la relazione con l'equipe curante

amico/assistito.

Generalmente nel momento in cui è stata comunicata la diagnosi, i caregiver riportano di aver fornito supporto al proprio familiare ancora prima che venisse chiesto.

E nella maggior parte dei casi sentono di essere riusciti a distinguere il proprio malessere da quello del proprio familiare/amico/assistito.

Il livello di stress esperito è sopportabile, tale da non inficiare sul supporto fornito al paziente. Infine, tra le strategie più utili per gestire meglio il livello di stress, si trova, come per i pazienti, il bisogno di un ampliamento della propria rete sociale e, in aggiunta, il bisogno di ricevere supporto psicologico.

I risultati di questa indagine sottolineano l'utilità di introdurre nella pratica assistenziale quotidiana strumenti snelli, tuttavia migliorabili, come queste schede infermieristiche, al fine di migliorare la rilevazione e garantire il soddisfacimento dei bisogni assistenziali portati, talvolta non verbalizzati, dai pazienti oncologici e dai loro caregiver.

Successivamente saranno individuati campioni maggiormente rappresentativi di pazienti e caregivers e sarà realizzata una revisione di questi giovani strumenti infermieristici per intraprendere un percorso di ricerca più ampio.

Tutto ciò in considerazione dell'utilità che le diagnosi infermieristiche hanno nel facilitare l'individuazione degli interventi più idonei a migliorare la condizione, l'adattamento e l'approccio del malato e delle persone per lui significative, alla malattia.

Tale azione si dipanerà nell'ambito dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali aziendali, in integrazione con l'equipe curante dell'Ambulatorio di Oncologia Medica Universitaria dell'Azienda e nel rispetto del modello del "Collaborative Care".

*dirigente psicologa U.O.C. Oncologia Medica Universitaria - A.O.U Policlinico di Bari

BIBLIOGRAFIA

1. Codice deontologico delle professioni infermieristiche – FNOPI - 13 aprile 2019
2. Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). "O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais" - Revista Psicologia e Saúde, 11(2), 55-66.
3. Linee guida dell'associazione Assistenza dei malati Oncologici (AIOM) redatte nel 2019 (online)
4. T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, (2021), Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazioni 2021-2023. NANDA international, dodicesima edizione, Zanichelli.
5. SIPO, Linee guida Assistenza Psico-Sociale Dei Malati Oncologici - 1998

L'INFERMIERE PROTAGONISTA DELLA SUA FORM-AZIONE

Cinzia Anna Maria
PAPAPPICCO

Maria
SCALZO

Negli ultimi anni, una forza professionale qualificata è stata al centro del successo di qualsiasi organizzazione o settore della salute.

È stato inoltre dimostrato che approcci sistematici e adeguati alla formazione si traducono in un miglioramento delle competenze, che a sua volta aumenta la qualità dell'assistenza al cittadino e la soddisfazione lavorativa dei professionisti. Gli studi affermano che la valutazione e la comprensione delle esigenze di formazione dei fornitori di cure e assistenza garantiscono fiducia, know-how e una varietà di nuove abilità che rafforzano la preparazione a livello individuale e di squadra in qualsiasi organizzazione. Florence Nightingale ci ha consegnato con il suo esempio l'importanza di una formazione continua per la pratica clinica, affermando in "Notes on Nursing" che "gli infermieri devono imparare continuamente non solo attraverso l'osservazione e l'esperienza, ma cercando nuove conoscenze e nuove prove". Il suo lavoro ha sparso i semi che hanno portato oggi all'evidenza che l'apprendimento continuo è necessario per migliorare le conoscenze e le competenze degli infermieri, che hanno la responsabilità etica di garantire cure sicure e di qualità ai loro pazienti in ogni momento e contesto. Pertanto, è responsabilità degli infermieri anche identificare i propri bisogni di apprendimento e garantire che tali bisogni siano soddisfatti. Infatti l'American Nurses Associations (ANA) ha definito lo sviluppo professionale continuo come un "processo permanente di partecipazione attiva degli infermieri in momenti che aiutano a sviluppare e mantenere la loro competenza continua, migliorare la loro pratica professionale e supportare il raggiungimento dei loro obiettivi di carriera". La crescente letteratura conferma che gli infermieri sono discenti adulti self-directed, pertanto imporre loro l'istruzione potrebbe non funzionare sempre, soprattutto laddove i loro bisogni di apprendimento non siano stati presi in considerazione per mezzo di una valutazione sistematica.

Affinché la formazione continua sia efficace, l'enfasi deve essere posta sull'identificazione dei bisogni di apprendimento degli infermieri attraverso valutazioni sistematiche. La domanda principale diventa allora: quale metodo o modello è il migliore per identificare questi bisogni di apprendimento? Gli studi affermano che esistono diversi modelli, suggerendo che un questionario strutturato, con una serie di domande a cui rispondere in una sequenza specifica e con opzioni di risposta predefinite, è lo strumento di misura da preferire negli studi di indagine.

Sulla base di queste evidenze presenti in letteratura, OPI BARI nella Giornata Internazionale dell'Infermiere 2022 ha chiesto agli infermieri la collaborazione per un'indagine conoscitiva sul loro fabbisogno formativo. Ha avviato una attenta raccolta dati con l'obiettivo di comprendere e valutare con gli infermieri quali corsi di crescita professionale deve programmare per rispondere ai bisogni di apprendimento esistenti e attesi. Una survey anonima online, divulgata attraverso i canali social ufficiali e i servizi di messaggistica istantanea dal 12 al 28 Maggio, per stimare con e per gli infermieri il fabbisogno di formazione infermieristica di base, specialistica e trasversale. I risultati preliminari della survey, cui hanno partecipato complessivamente 298 infermieri, evidenziano la consapevolezza degli infermieri dell'importanza dell'apprendimento continuo, la necessità di una formazione basata sulle evidenze e mirata, la volontà di essere protagonisti della propria formazione. Facendo un drill-down sulla sezione di indagine dei bisogni formativi specifici, in cui è stato chiesto agli infermieri di specificare le aree

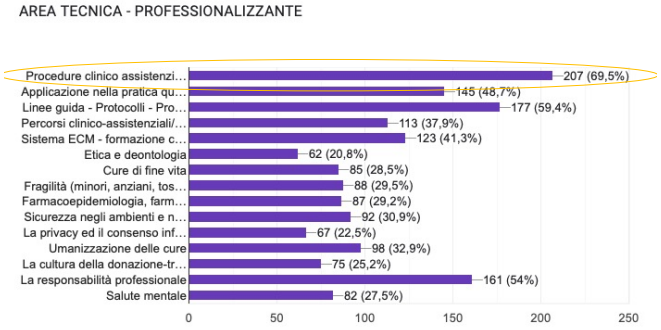


Figura 1

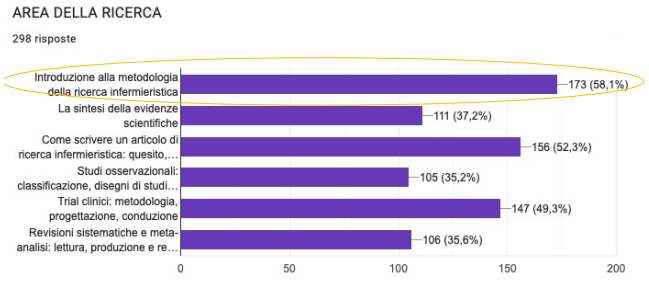


Figura 2

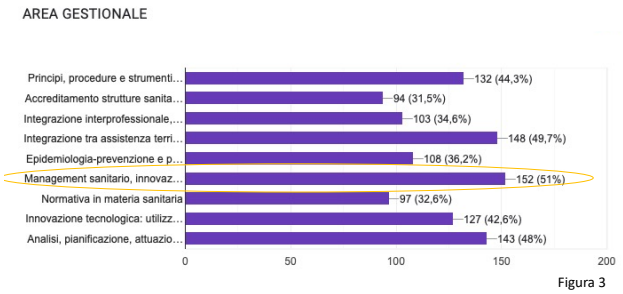


Figura 3

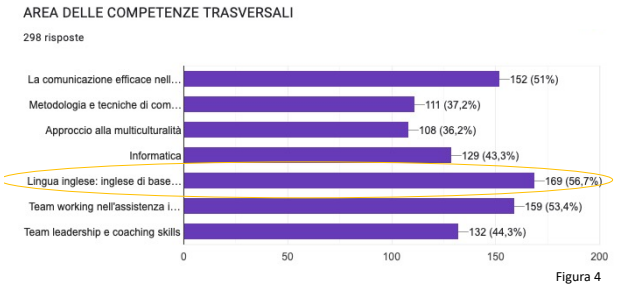


Figura 4

di lavoro in cui vorrebbero ricevere ulteriore formazione, emerge la richiesta di arricchire le proprie conoscenze, preferibilmente attraverso formazione sul campo (training di gruppo, simulazione, audit clinico-assistenziale), nelle aree tecnica-professionalizzante, della ricerca, gestionale e delle competenze trasversali. Nella figura 1, che mostra gli ambiti di approfondimento indicati dagli infermieri nell'area tecnica-professionalizzante, si coglie come sia prevalentemente richiesta l'implementazione di corsi che potenzino le conoscenze e le competenze sulle procedure clinico-assistenziali (gestione accessi venosi, EGA, ventilazione meccanica, BLSD, triage, assistenza paziente stomizzato, assistenza in area critica pediatrica, sala operatoria), su linee guida, protocolli, procedure, documentazione clinica e sulla responsabilità professionale. Focalizzando l'attenzione sull'area della ricerca (Figura 2) i risultati mostrano la preferenza di approfondire l'introduzione alla metodologia della ricerca infermieristica e le modalità di scrittura di un articolo di ricerca infermieristica (quesito, protocollo, stesura, editing e publishing). L'analisi per l'area gestionale in Figura 3 evidenzia quali ambiti di approfondimento il management sanitario, con l'innovazione gestionale e la sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali ed anche l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera. Infine le competenze trasversali su cui maggiormente gli infermieri richiedono di ricevere formazione mirata sono lingua inglese (di base ed inglese scientifico) e team working nell'assistenza infermieristica, come mostrato in Figura 4.
Lo studio iniziato con la survey è un primo passo di un percorso in cui OPI BARI si mette in cammino con gli infermieri OPI BARI.
Un percorso che vede come prossimo step la pianificazione di un programma a lungo termine di corsi e momenti di ampliamento delle conoscenze e competenze infermieristiche di base, specialistiche e trasversali. L'obiettivo OPI BARI di assicurare corsi ECM sulla base dei bisogni e delle preferenze dei suoi iscritti è quello di aiutare gli infermieri a soddisfare le esigenze di sviluppo professionale, pianificando strategie formative mirate a tradurre la conoscenza in competenze evidence-based spendibili nella pratica clinica, nel management o nell'attività di ricerca. OPI BARI vuole contribuire attraverso la formazione dei suoi infermieri e con i suoi infermieri alla crescita di una comunità professionale competente e pronta a fornire cure sicure e di alta qualità. Con un percorso in cui l'infermiere è protagonista della sua formazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Markaki A, Malhotra S, Billings R, Theus L. Training needs assessment: tool utilization and global impact. BMC Med Educ. 2021;21(1):310.
2. Shongwe NG. Learning needs assessment for continuous professional development in paediatric acute care nursing: the Eswatini project. In: Master's thesis. Johannesburg: University of the Witwatersrand; 2019. Available at: https://hdl.handle.net/10539/27982.
3. Hicks C, Hennessy D, Barwell F. Development of a psychometrically valid training needs analysis instrument for use with primary health care teams. Health Serv Manag Res. 1996;9(4):262–72.
4. Hicks C, Hennessy D. Applying psychometric principles to the development of a training needs analysis questionnaire for use with health visitors, district and practice nurses. J Res Nurs. 1996;1(6):442–54.

RISCHIO CLINICO: L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE

Vincenzo
INGLESE

Elena
CHIEFA

La formazione consente la diffusione di saperi per promuovere il valore della sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza

La sicurezza del paziente è oggi una priorità per il Servizio Sanitario Nazionale e obiettivo primario in tutte le cure sanitarie. Questa tematica investe tutto il mondo sanitario ed è al centro di numerosi programmi di governo.

Nel nostro Paese, ma anche nel contesto internazionale, si assiste, oggi, ad un rinnovato interesse per il tema della sicurezza e della qualità delle prestazioni sanitarie.La parte caratterizzante e prioritaria del profilo di rischio delle aziende sanitarie è costituita dalla dimensione del rischio clinico, definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso (sia un danno, sia un disagio) imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestategli, durante il periodo di degenza, in una struttura sanitaria, ed in grado di causare un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o perfino la morte. Quindi, il rischio clinico è la possibilità che un paziente subisca un danno involontario imputabile alle cure sanitarie. Alla base di ogni evento avverso, evento evitato (near miss) ed evento sentinella, è sempre possibile individuare uno o più errori, commessi dai singoli operatori o dal sistema organizzativo (processi, procedure, carichi di lavoro individuali, …). Possiamo definire il rischio clinico anche come l'insieme di pratiche e di procedure idonee ad individuare le fonti di un rischio e di ridurle.

È chiaro che laddove il paziente, chiedendo assistenza che migliori la sua condizione di salute, al contrario riscontra un danno causato dall'atto sanitario (sia se trattasi di una procedura diagnostica, sia se trattasi di una procedura terapeutica), si verifica il fallimento, non solo di quella singola prestazione, ma dell'intero sistema sanitario che viene meno alla sua missione. Sicuramente ha conseguenze gravi su pazienti, operatori e strutture sanitarie, perché coinvolge la vita della persona, da un lato, e responsabilità legali, dall'altro. Ogni struttura sanitaria deve ricercare, insieme all'efficienza e all'efficacia delle prestazioni erogate, anche la sicurezza del servizio offerto.

Affinché l'organizzazione sanitaria garantisca cure di qualità è, quindi, necessario implementare dei sistemi per la gestione del rischio cioè l'insieme degli strumenti, dei metodi e delle azioni attivate, mediante cui si misura o si stima il rischio e successivamente si sviluppano opportune strategie per governarlo. L'introduzione di una metodologia logica e sistematica che consenta di identificare, valutare, comunicare, eliminare e monitorare i rischi associati a qualsiasi attività sanitaria, può e deve essere promossa con una "cultura del rischio" fondata sulla convinzione che gli errori rappresentano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento e di miglioramento.

Un evento avverso, un near miss, un evento sentinella non sono conseguenza di un singolo errore umano, ma, nella maggior parte delle situazioni, è il frutto di una interazione tra fattori tecnici, organizzativi e di processo. Pertanto, non si deve perseguire un approccio punitivo ma promuovere invece l'analisi approfondita e la ricerca delle cause con la finalità di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato. La gestione del rischio in sanità, intesa come tutti i processi impiegati per rilevare, monitorare, valutare, limitare e prevenire i rischi nelle strutture sanitarie e salvaguardare la sicurezza dei pazienti, è una componente fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale Italiano. A tal fine è necessario individuare e monitorare indicatori di sicurezza e promuovere progetti di miglioramento della quali-

tà dell'assistenza nelle strutture sanitarie.
La prevenzione del rischio si basa soprattutto sulla conoscenza approfondita dello stesso, infatti, la formazione (apprendere dagli errori, riconoscere e comunicare gli eventi avversi, comunicare in modo efficace con il coinvolgimento di pazienti e caregiver, fare formazione basata sulle evidenze di efficacia) permette e facilita la diffusione, con azioni sinergiche, per promuovere il valore della sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza sanitaria erogata.
Apprendere dagli errori significa osservare, registrare le osservazioni, analizzarle e imparare dagli eventi avversi accaduti o eventi mancati; riflettere e apprendere dagli eventi che avrebbero potuto compromettere la sicurezza degli operatori e dei pazienti è ritenuto un modo efficace anche di ricerca delle soluzioni. Con il Decreto 11/12/2009 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali viene istituito il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con lo scopo di rilevare informazioni relative agli eventi di particolare gravità indicativi di un serio malfunzionamento del sistema sanitario, e di rilevare anche informazioni relative alle denunce dei sinistri, in modo da determinare anche il rischio assicurativo. Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del governo clinico, il Ministero della Salute, fin dal 2005, si è impegnato nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" finalizzate proprio alla prevenzione degli eventi sentinella; ad oggi sono state pubblicate dal Ministero diciotto raccomandazioni. Inoltre la Legge n. 24 del 08/03/2017, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", affronta in maniera articolata e complessiva il tema ed all'articolo 1 sancisce che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute e che tutto il personale deve concorrere al soddisfacimento di questo diritto attraverso le attività di prevenzione. Detta legge prevede per di più che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. La ricerca e la formazione sono strumenti importantissimi, indispensabili, a supporto di ogni fase, operativa e programmatica di gestione del rischio clinico. La ricerca è di vitale importanza per acquisire e consolidare conoscenze sul rischio clinico, e per la sua gestione, fornisce un adeguato supporto teorico evidence-based, finalizzato all'acquisizione di conoscenze e all'attuazione di strategie di studio e supporta la progressiva e graduale implementazione di metodologie di cambiamento. La ricerca, quindi, fornisce le evidenze necessarie per la pianificazione, implementazione e monitoraggio di interventi efficaci, e contemporaneamente in modo sinergico, la formazione, sul tema del Rischio Clinico, permette di divulgare i contenuti e le metodologie, al fine di realizzare la cultura della sicurezza delle cure tra le diverse figure professionali coinvolte. La formazione interviene sul comportamento umano come fonte di errore, sulle condizioni e sulle variabili di contesto nelle quali avviene l'errore, per far emergere le problematiche potenziali e/o latenti, con lo scopo di rimodellare, migliorandoli, i processi. Indispensabile formare tutti i professionisti sanitari sulla cultura dell'errore, non più visto come evento a connotazione negativa, ma come punto di partenza di un processo di apprendimento e di miglioramento.
Gli ostacoli da superare per una efficace implementazione di un sistema integrato del rischio clinico sono ancora oggi numerosi:

- tra gli operatori esiste il timore che un'eventuale segnalazione di evento avverso o incidente sia usata per attivare sanzioni disciplinari e/o azioni giuridiche;
- esiste la preoccupazione che le azioni correttive e di miglioramento non vengano poi effettivamente condotte nei tempi e nei modi necessari;
- è ancora diffusa una mancanza di consapevolezza da parte degli operatori del significato di segnalazione spontanea e della necessità di documentare gli errori allo scopo di migliorare il proprio modo di lavorare e di aumentare la sicurezza del paziente;
- la segnalazione a volte è percepita come un appesantimento burocratico rispetto alle normali attività diagnostico-assistenziali;
- allorché il paziente si riprende dai problemi causati dall'evento avverso e la situazione di urgenza rientra, la necessità di fare la segnalazione viene percepita dall'operatore come meno importante.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Azienda ULSS 20 di Verona. Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente. Edizione multidisciplinare 2014;
2. Glossario del Ministero della Salute 2006;
3. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=errori
4. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=sistemaInformativo&lingua=italiano
5. https://cosips.it/rischio-clinico-premessa-normativa-e-documentazione/
6. AOU "Federico II" – Napoli "procedura aziendale segnalazione e gestione degli eventi sentinella";
7. Francesco Albergo, "Strumenti del controllo e analisi del rischio nelle aziende sanitarie", Cacucci Editore Bari;

I LUOGHI DI LAVORO E LA CULTURA DELLA SICUREZZA

I luoghi e l'ambiente di lavoro incidono sulla performance e sul benessere dei lavoratori

Chiara
PERNIOLA

Maria
COLAPINTO

Solitamente si parla di "luoghi di lavoro", piuttosto sarebbe opportuno parlare di "ambiente di lavoro" cioè quell'ambiente che si sviluppa sul luogo di lavoro.
Di fatto, quando parliamo di ambiente di lavoro intendiamo un pensiero più ampio di quello di luogo di lavoro, che comprende alcuni elementi di notevole importanza come:

- l'ambiente fisico: comprende tutti gli spazi fisici in cui si svolge l'attività dell'azienda;
- le caratteristiche strutturali: riguardano lo stile gestionale e le dimensioni dell'azienda;
- l'ambiente sociale: riguarda tutti quegli elementi inerenti ai rapporti interpersonali tra i lavoratori;

Un accogliente e sereno ambiente di lavoro favorisce sicuramente sia il benessere dei lavoratori sia l'aumento della produttività.
Le condizioni dell'ambiente di lavoro, sano e positivo, sono importanti fattori di benessere per il successo dell'azienda. Altri elementi che contribuiscono a definire l'ambiente di lavoro, sono gli atteggiamenti (sentimento o valutazione generale, positiva o negativa, in merito ad una persona, ad un oggetto o ad un problema), le aspettative del personale nei confronti dell'azienda, la produttività, la percentuale di assenteismo e di turnover (il flusso di persone assunte e dimesse o licenziate all'interno di un'azienda). In un ambiente di lavoro sereno i lavoratori svolgono le attività lavorative con maggiore attenzione, sono più produttivi, sono anche più disposti ad eseguire le proprie mansioni con maggior cura e attenzione, vanno al lavoro volentieri e sono meno propensi a trascorrere lunghi periodi lontani dal lavoro, effettivamente si riducono notevolmente le situazioni di stress lavoro correlato, si riducono anche le situazioni di turnover, infatti, i lavoratori stimolati da un ambiente di lavoro accogliente non hanno bisogno di cambiare impiego per sentirsi gratificati e ricercare nuove opportunità di carriera.
Quando il ricambio di personale assume proporzioni rilevanti e non è programmato, diventa patologico, ciò è sintomo di una sofferenza interna all'azienda. Realizzare ambienti di lavoro che favoriscano i comportamenti del personale più sicuri e supportino l'acquisizione di buone abitudini è indispensabile per implementare la cultura della sicurezza.
Operare in ambienti puliti, ordinati, con pericoli correttamente segnalati, con attrezzature idonee, sono tutti elementi attivatori di comportamenti sicuri che prescindono dal singolo lavoratore e dal suo livello di integrazione nel sistema.
Per realizzare ambienti che siano in grado di attivare comportamenti sicuri è necessario prendere in considerazione alcune variabili tra cui:

- analisi dei pericoli presenti nei luoghi di lavoro inerenti allo svolgimento delle attività lavorative;
- individuazione dei principali comportamenti sicuri che si vogliono favorire;
- individuazione dei comportamenti non sicuri che si vogliono prevenire;
- analisi dei comportamenti naturali;
- analisi delle cause dei comportamenti non sicuri;
- revisione degli ambienti.

Per l'analisi dei pericoli è necessaria la conoscenza approfondita degli ambienti e delle attività lavorative che vi si svolgono, nonchè effettuare un sopralluogo dei luoghi di lavoro al fine di identificare i pericoli presenti e non eliminabili.
A tale scopo è indubitabilmente fondamentale il Documento di Valutazione dei Rischi, la verifica dello storico degli incidenti, dei near miss e delle condizioni non sicure segnalati.
Si procederà, conseguenzialmente, a definire una li-

Il Performance Variability Model			
Errori		Violazioni	
Tipo 1 (mancanza di informazioni)	**Tipo 2** (mancanza di chiarezza)	**Tipo 1** **Non intenzionali**	**Tipo 2** **Intenzionali**
	Tipo 2a (mancanza di chiarezza organizzativa)	**Tipo 1a** (prassi consolidate)	**Tipo 2a** (beneficio personale)
	Tipo 2a (mancanza di chiarezza personale)	**Tipo 1b** (pressione da autorità)	**Tipo 2b** (beneficio per l'azienda)
			Tipo 2c (assenza di riferimenti)
			Tipo 2d (volontà di danno)

sta di rischi che scaturiscono dall'interazione dei lavoratori con gli ambienti di lavoro e con le attrezzature. Tali rischi (cadute, scivolamenti, l'uso improprio di attrezzature di lavoro, la mancata applicazione delle corrette misure di gestione emergenza, l'esposizione a rischi provenienti da altre postazioni, …) dovranno poi essere considerati in termini di probabilità di accadimento e gravità delle conseguenze per poter definire un elenco di priorità d'intervento. Partendo dall'elenco dei rischi si identificano i comportamenti corretti e sicuri (uso di idonei DPI in relazione alla zona di lavoro e all'attività lavorativa, il rispetto delle procedure operative, l'uso corretto di attrezzature) che si intendono conseguire ed i comportamenti non sicuri che si vogliono prevenire. Certamente, il comportamento degli individui sul lavoro è una componente spesso sottovalutata ma che, in realtà, ricopre un'importanza enorme sulla salute e sicurezza dei lavoratori.
Circa i tre quarti del fenomeno infortunistico sul lavoro (circa l'80%, secondo alcuni studi di settore) sono correlati ad aspetti quali la percezione del rischio e il comportamento non sicuro tenuto dalle persone.
Per l'analisi dei comportamenti naturali e delle cause dei comportamenti non sicuri è necessario, prima di passare alla progettazione di interventi, approfondire e analizzare le cause di tali comportamenti per comprendere le motivazioni che hanno portato alla deviazione. A tal fine si può sfruttare il metodo definito Performance Variability Model (la variabilità della prestazione per migliorare la sicurezza sul lavoro) che consente di classificare il comportamento e di definire quale sia la miglior azione correttiva da implementare per la sua correzione.
Variabilità della prestazione significa mettersi nelle condizioni di imparare dalla capacità di adattamento del sistema e utilizzare quanto appreso per creare nuovi strumenti o migliorare quelli in essere, dalle istruzioni operative alle verifiche in campo, dalle osservazioni comportamentali alla formazione e alle barriere di sicurezza in genere.
Nella variabilità della prestazione risiedono le risorse per migliorare la gestione della sicurezza sul lavoro basandosi non soltanto su ciò che va male bensì avvalendosi di tutto ciò che accade in condizioni di normalità, in assenza di incidenti e infortuni.

Barriere alla sicurezza sul lavoro	
Tipologia di barriere di sicurezza	**Applicazione**
Organizzative	Organizzazione dei ruoli operativi e gestionali, procedure e istruzioni operative, formazione
Tecniche	Caratteristiche dei materiali, sistemi di allarme, automatismi, indicatori di misura, dispositivi di sicurezza in genere
Comportamentali	Addestramento, verifiche in campo, selezione del personale basata sulle attitudini del singolo, capacità di riconoscere una data condizione di lavoro e intervenire, segnalare prontamente situazioni anomale, attenersi alle procedure e alle istruzioni di riferimento

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.federchimica.it/docs/default-source/materiali-assemblea-2021/1.-pubblicazioni/26-rapporto-annuale-responsible-care.pdf?sfvrsn=89a94893_2
2. https://www.fideliacascini.com/wp-content/uploads/2022/02/Manuale-di-sicurezza-del-paziente-e-gestione-del-rischio-clinico.pdf
3. https://www.studiozuliani.net/wp-content/uploads/2019/10/PdE54.pdf
4. Zuliani A. & Santoro D. (2019). La variabilità della prestazione per migliorare la sicurezza sul lavoro. Metodi e strumenti. Il Performance Variability Model, Wolters Kluwer, Milano

PROCESSO DI STERILIZZAZIONE E TRACCIABILITÀ: SINONIMO DI SICUREZZA

Un buon sistema di tracciabilità, in una centrale di sterilizzazione, resta un beneficio a tutela della salute pubblica e degli operatori nelle strutture sanitarie

Valentina
CAPONIO

Ombretta
MASSETTI

L'Associazione Italiana Operatori Addetti alla Sterilizzazione (AIOS), associazione no profit formata da operatori con lo scopo di promuovere, diffondere e valorizzare la sterilizzazione dei dispositivi medici in ambito ospedaliero ha tenuto a Bari nei giorni 9-10-11 giugno 2022 il Congresso Nazionale "IL MONDO DELLA STERILIZZAZIONE: dalle grandi Centrali alle piccole Sterilizzatrici".

La sterilizzazione è una delle principali misure di prevenzione primaria che si avvale di tecnologie sempre più avanzate e innovative, di metodi di trattamento dei dispositivi medici diversificati, di fasi del processo di sterilizzazione standardizzate e anche di competenze specifiche e performance degli operatori: tutto per garantire la sterilità di dispositivi utilizzati sui pazienti, prodotti nelle migliori condizioni organizzative secondo criteri di efficacia e di efficienza. Il mondo della sterilizzazione, ruota attorno alla efficacia di un processo che si realizza in contesti diversi, dagli studi odontoiatrici alle grandi centrali di sterilizzazione esternalizzate, che è regolamentato da leggi, regolamenti e normative nazionali, europee e mondiali. Un mondo in cui conoscenze di base, ricerca scientifica e innovazione tecnologica, apportano costanti cambiamenti: è proprio in questa logica che il XV° Congresso Nazionale AIOS, grazie al contributo di relatori di rilievo ed esperti del settore, ha offerto ai numerosissimi partecipanti una visione globale che ha spaziato tra momenti di confronto, con focus su aspetti scientifici, specifici e specialistici del processo e, momenti pratico/operativi, in cui i partecipanti hanno potuto "toccare con mano" apparecchiature, strumenti e materiali, orientandosi verso riflessioni atte a migliorare il proprio operare. In ambito ospedaliero, il rischio clinico al quale potrebbe essere esposto un paziente è uno dei fattori critici che gli tutti gli operatori sanitari cercano continuamente di minimizzare. In Italia la sicurezza del paziente, negli ultimi anni, è diventata argomento sempre più discusso, ogni struttura che eroga assistenza sanitaria deve garantire la sicurezza del servizio offerto oltre ad essere efficace ed efficiente. Se il paziente chiede un'assistenza per migliorare il suo stato di salute ed invece si verificasse il contrario si ha un fallimento non solo della singola prestazione ma dell'intero sistema che difatti viene meno alla sua mission. Per garantire cure sicure e di qualità ogni organizzazione sanitaria deve inevitabilmente attivare sistemi per la gestione del rischio (evento potenziale che può modificare l'esito atteso del processo e comportare quindi anche perdite o danni sia per l'azienda sia per le persone coinvolte). La lotta e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, nonostante i notevoli progressi effettuati, rappresentano ancora oggi un importante fattore di rischio, soprattutto per i pazienti che si sottopongono a interventi diagnostici e/o interventi terapeutici invasivi. Un momento critico per la prevenzione e il controllo delle infezioni è rappresentato proprio dal processo di sterilizzazione le cui fasi includono rilevanti elementi di complessità e richiedono quindi precise competenze e responsabilità da parte degli operatori che vi sono coinvolti. E proprio in considerazione delle particolari criticità, sono fondamentali innovazioni anche nel settore dei dispositivi medici, infatti, le norme europee in tale settore, prevedono che la sterilità deve essere controllata e verificata non più solo tramite controlli chimici e biologici sul prodotto finito, bensì, in virtù di controlli in tutte le fasi del processo di sterilizzazione. Le direttive comunitarie e le norme tecniche armonizzate hanno valenza d'obbligo inderogabile e devono essere applicate da tutti gli Stati membri della Comunità Europea, pertanto le Aziende Sanitarie devono provvedere ad una rivisitazione generale del processo

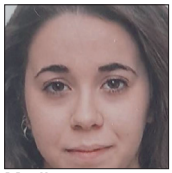
di sterilizzazione affinché sia sempre rispondente ai requisiti previsti dalla normativa vigente e cogente. Infatti la perdita di tracciabilità (la tracciabilità è una procedura che consente di ricostruire con facilità e precisione tutte le fasi dell'avvenuto processo di sterilizzazione, mediante registrazione su supporto cartaceo e/o informatico) dei dispositivi medici e dei farmaci utilizzati nei processi di cura del paziente sono tra i maggiori pericoli individuati.
Mentre nel settore farmaceutico da tempo continuamente sono in atto regolamenti e norme per il mantenimento della rintracciabilità, le regole e la definizione delle responsabilità per la tracciabilità dei Dispositivi Medici sono in continua evoluzione.
Il mantenimento della rintracciabilità per i Dispositivi Medici costituisce, per tutti gli stakeholder, un obbligo finalizzato alla tutela della salute pubblica. Il processo di ricondizionamento non è privo da problemi che possono indurre all'errore.
Un sistema per la rintracciabilità è un sistema di controllo duraturo nel tempo che, attraverso una serie di dati, come ad esempio quelli riportati sul confezionamento di un prodotto, consente di identificare ed eventualmente rintracciare il prodotto in ogni momento, sia all'interno dello stabilimento di produzione, sia sul territorio dopo l'immissione sul mercato del prodotto. Da questo punto di vista l'entrata in vigore del nuovo regolamento EU 745/2017, a far data dal 26/05/2021, ha amplificato l'onere della tracciabilità dei dispositivi medici sia per gli operatori economici che immettono sul mercato i DM che per le istituzioni sanitarie che li mettono in servizio. L'inserimento del codice univoco di identificazione dei dispositivi medici (UDI) permette l'identificazione univoca del DM facilitandone la tracciabilità e la rintracciabilità. Il codice UDI comprende un identificativo del dispositivo (UDI-DI) ed un identificativo della produzione (UDI-PI), detti elementi consentono di accedere a informazioni utili sul dispositivo attraverso la consultazione dal portale Eudamed messo a disposizione dalla comunità europea, anche se attualmente non è ancora completamente funzionante.
L'identificazione unica dei dispositivi migliora la tracciabilità dei dispositivi, rende più facile richiamare i dispositivi, contribuisce alla lotta alla contraffazione ed aumenta la sicurezza dei pazienti. Altre fasi importanti del processo di sterilizzazione, sono rappresentate dal lavaggio e dalla sterilizzazione dello strumentario chirurgo, in quanto hanno un ruolo importante nella produzione della prestazione sanitaria, sia per le implicazioni igieniche-sanitarie, determinanti per la salvaguardia della sicurezza del paziente e per l'efficacia del processo di cura, sia per l'impatto sull'efficienza delle attività medico/assistenziali in termini di costo e di organizzazione del servizio. Il personale coinvolto nel processo di ricondizionamento dei Dispositivi Medici deve essere competente sulla base di un adeguato grado di formazione specifica, addestramento, abilità ed esperienza professionale acquisita in quanto assume un ruolo fondamentale in tutte le fasi del processo di ricondizionamento.
Tutti gli operatori coinvolti nel ricondizionamento dei Dispositivi Medici devono essere consapevoli dei rischi insiti nel processo stesso e devono rispettare le raccomandazioni, le procedure e le istruzioni operative formulate per raggiungere il più alto livello qualitativo possibile. La formazione del personale rappresenta un elemento cardine per aumentare le conoscenze specifiche e ridurre i rischi di errori che potrebbero verificarsi nelle varie fasi del processo di ricondizionamento. L'operatore di centrale si occupa anche della segnalazione continua delle non conformità all'interno del processo di sterilizzazione e ciò consente di effettuare un'analisi degli eventi/errori, indispensabile per attuare le procedure di risoluzione dei problemi e di miglioramento, di migliorare in modo costante e continuo l'efficacia del processo nonché ridurre i rischi caratteristici del processo sia per quanto riguarda l'operatore (riduzione rischio chimico, fisico e biologico) sia per il paziente a cui viene messo a disposizione un prodotto sicuro. Per attuare ciò, è fondamentale che i professionisti impegnati in questo processo devono sempre ricordare che i punti chiave per identificare gli errori, vanno ricercati nella sicurezza organizzativa, nella sicurezza del sistema tecnologico e nella formazione costante e continua del personale per la diffusione di una cultura di adeguamento normativo, tecnologico e procedurale, al fine di conoscere e condividere le misure inerenti alla prevenzione dell'errore e di segnalazione dei near miss. Ogni Servizio di sterilizzazione, deve prevedere una adeguata dotazione di personale rapportata al volume delle attività e deve prevedere all'interno dell'équipe almeno un infermiere e un coordinatore infermieristico (professionista che oltre a conoscere i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici, deve verificare la presenza delle specifiche richieste dalle norme sui metodi di sterilizzazione in quanto coordina e controlla tutte le attività della produzione interna) come figure responsabili del rilascio del prodotto sterile.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Relazioni del XV Congresso Nazionale AIOS "IL MONDO DELLA STERILIZZAZIONE: dalle grandi Centrali alle piccole Sterilizzatrici" tenutosi a Bari 9-10-11 Giugno 2022;
2. Regolamento EU 745/2017;
3. Norma UNI EN 556-1;
4. UNI/TR 11408:2011;

CHILD AND FAMILY CENTERED CARE

Child and Family Centered Care: uno strumento per analizzare l'attitudine dell'infermiere di area pediatrica



Marilena
DILORENZO

Pasqualina
CARAMUSCIO

Il bambino, specialmente se piccolo, non ha la capacità di comprendere le cause e la concatenazione degli eventi che lo portano improvvisamente ad essere sottratto al suo ambiente familiare, separato dai suoi genitori, affidato all'attenzione di estranei che impongono limitazioni alla sua libertà, alle sue abitudini e lo sottopongono a manipolazioni e procedure invasive.

Il ricovero viene dunque vissuto come un momento difficile, percependo le cure come una punizione e ciò fa scaturire in lui sentimenti di odio e rabbia; pertanto, risulta di fondamentale importanza la collaborazione con la famiglia.

Su questa scia nasce il concetto di Child and Family Centered Care (CFCC) ovvero "il supporto professionale fornito al bambino e alla famiglia, attraverso un processo di coinvolgimento, partecipazione, sostenuto da empowerment e negoziazione".

La CFCC è caratterizzata dalla relazione tra operatori sanitari e famiglia, all'interno della quale, entrambe le parti si impegnano a condividere la responsabilità per la cura del paziente.

Si tratta di un modello assistenziale che riconosce nella famiglia la principale fonte di sostegno e considera il suo coinvolgimento essenziale per promuovere la salute ed il benessere non solo del bambino ma dell'intero nucleo familiare, con lo scopo di preservare il normale funzionamento familiare.

Nel 2003 American Academy of Pediatrics (AAP) che ha rilasciato una dichiarazione politica che individuava i principi chiave che dovrebbero guidare la pratica della CFCC:

- rispetto e dignità: si riferisce al rispetto mostrato dagli operatori sanitari per le preferenze e le opinioni delle famiglie derivanti dai loro valori, credenze e background culturali;
- condivisione delle informazioni: la CFCC riconosce la famiglia come la costante nella vita del bambino, pertanto, è importante condividere le informazioni e gli sviluppi sulle condizioni del bambino e sull'approccio terapeutico con le famiglie che deve avvenire attraverso una comunicazione aperta ed efficace con un linguaggio chiaro ed imparziale, al fine di favorire l'empowerment di ciascun membro della famiglia;
- partnership e collaborazione: è il pilastro della Child and Family Centered Care, famiglie e professionisti lavorano insieme nel miglior interesse del bambino e della famiglia. Viene incoraggiata la collaborazione con la famiglia a tutti i livelli di assistenza, dall'educazione professionale alla definizione delle politiche e sviluppo del programma considerando i diversi metodi di coping e soddisfacendone sempre le esigenze;
- negoziazione: viene definito come "tentativo di raggiungere un accordo con i genitori su come essi dovrebbero comportarsi", ciò significa che l'infermiere potrebbe avere considerazioni diverse dal genitore, per questo è importante creare una relazione di fiducia con la famiglia, evitando che i pregiudizi influiscano la programmazione della proposta di cura;
- cure nel contesto di famiglia e comunità: la CFCC riconosce l'importanza dei servizi basati sulla comunità e per questo si impegna a promuovere e sviluppare politiche, pratiche e sistemi che siano favorevoli/centrati alla famiglia in tutti i setting di cura. Nelle attività assistenziali sono sempre tenute presenti emozioni, preoccupazioni e aspirazioni della famiglia.

Il concetto di assistenza centrata sul bambino e sulla famiglia, grazie agli evidenti risultati positivi, sta diventando sempre più importante nell'assistenza »

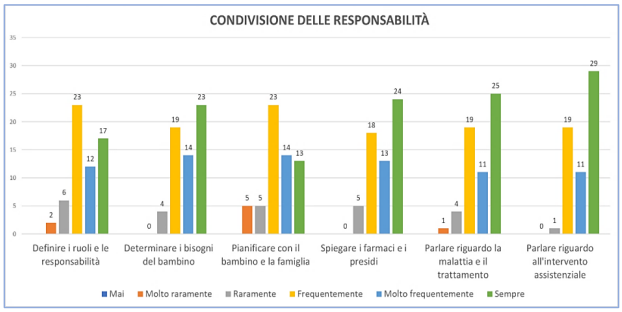
infermieristica pediatrica proponendosi come linea guida per gli operatori sanitari al fine di ottimizzare l'autonomia del nucleo familiare, migliorando la qualità di vita del piccolo paziente.
Tuttavia, diversi studi evidenziano come ci sia un divario teoria - pratica, ovvero gli infermieri hanno difficoltà a integrare i principi nella CFCC nella pratica clinica a causa della mancanza di una chiara definizione ma soprattutto delle strategie per metterla in pratica.
Dunque, attraverso lo studio sperimentale della tesi di laurea, conseguita presso l'Università di Bari "Aldo Moro" è stata fatta un'analisi descrittiva del livello di conoscenza ed attitudine degli infermieri di area pediatrica operanti in diverse Unità Operative dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, Bari, in merito alla filosofia della Child and Family Centered Care.
Sono stati coinvolti 60 infermieri di età compresa tra i 25 e i 60 anni, con una media di 15 anni di esperienza di un reparto pediatrico ai quali è stato somministrato, nel periodo compreso tra Febbraio 2022 e Aprile 2022, il questionario "CHILD – FAMILY CENTERED CARE QUESTIONNAIRE NURSES'ATTITUDES", validato nel 2015 dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (fig. 3).
Lo strumento, nella sua versione finale, è suddiviso in due parti:

Condivisione delle responsabilità
1. Definire i ruoli e le responsabilità del genitore e del professionista nel processo di cura 2. Determinare i bisogni del bambino in collaborazione con la famiglia e con gli altri professionisti della salute 3. Pianificare con il bambino e la famiglia ciò che può essere d'aiuto al bambino ad affrontare i diversi trattamenti da effettuare 4. Spiegare al bambino e alla famiglia quali sono i farmaci e i presidi che occorrono per la gestione della propria condizione 5. Parlare con il bambino e la famiglia riguardo la malattia e il trattamento 6. Parlare con il bambino e la famiglia riguardo all'intervento assistenziale che si sta per attuare
Autonomia e controllo del genitore
1. Il personale accerta i livelli di autonomia e capacità di gestione della malattia da parte della famiglia 2. Il personale accerta i livelli di comprensione del bambino e della famiglia sia prima che dopo gli interventi educativi 3. Stipulare obiettivi realistici e condivisi 4. Incoraggiare un ruolo più attivo del bambino e del familiare nel processo di cura
Negoziazione
1. Prendere in considerazione i valori della famiglia 2. Prendere in considerazione i desideri del bambino e della famiglia 3. Coinvolgere il paziente e la famiglia nella cura e nella presa di decisioni 4. Offrire alternative concrete ed attuabili nella gestione della cura 5. Supportare le decisioni della famiglia, ove la situazione clinica lo renda possibile
Supporto alla famiglia
1. La famiglia assume un ruolo importante nella presa delle decisioni sull'assistenza del proprio bambino 2. Considerare le esigenze culturali, di comunicazione e di supporto 3. Favorire il ruolo genitoriale nel processo di cura del bambino 4. Assicurare il comfort del bambino e della famiglia 5. Assicurare sostegno, ai genitori, fratelli e ad altri membri della famiglia per assisterli nei loro bisogni 6. Mantenere le abitudini del bambino e della famiglia, ove la condizione clinica lo renda possibile

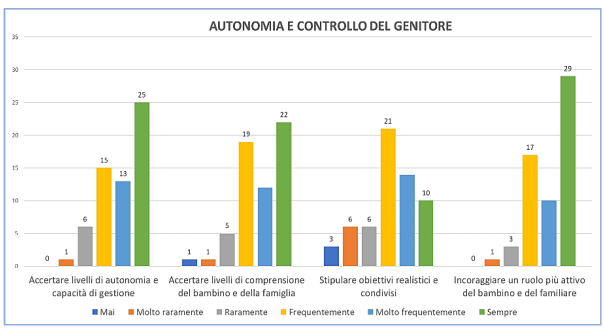
Figura 3. Child-Family Centred Care questionnaire-nurses' attitudes (CFCCQ-NA). Corpo del questionario

- parte anagrafica dove sono stati richiesti: età, sesso e anni di anzianità totali in un reparto di area pediatrica;
- corpo del questionario, a sua volta suddiviso in quattro sezioni che riguardano tutti i principi fondamentali della CFCC, per un totale di 21 items con valutazione ordinale su scala Likert a delle variabili: 1 =Mai, 2 =Molto raramente, 3 =Raramente, 4 =Frequentemente, 5 =Molto frequentemente, 6 =Sempre.

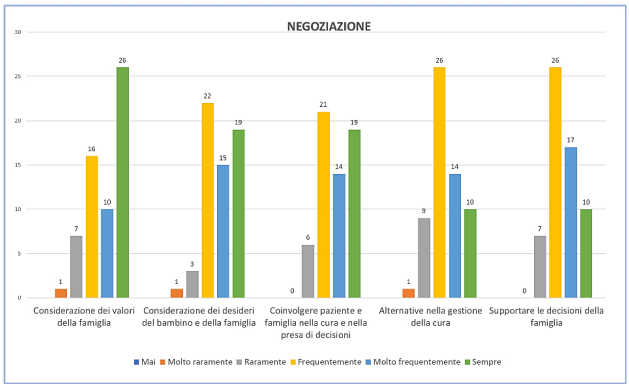
Agli infermieri è stato chiesto di scegliere una tra le possibili opzioni sulla base della loro esperienza per indicare "quanto spesso questo evento o situazione gli è successo".
Nella fase di analisi dei dati raccolti è stato creato, per ciascun fattore, un istogramma rappresentativo in modo tale da ottenere un'overview generale sul background conoscitivo e di applicazione nella pratica clinica, dei principi della Child and Family Centered Care da parte del campione.
La prima sezione del questionario che valuta le "STRATEGIE DI CONDIVISIONE DELLE RESPONSABILITÀ" ha ottenuto un ampio consenso, in quanto tutti gli items (1- 6) hanno conseguito notevoli punteggi in termini di frequenza nell'applicazione nella pratica.



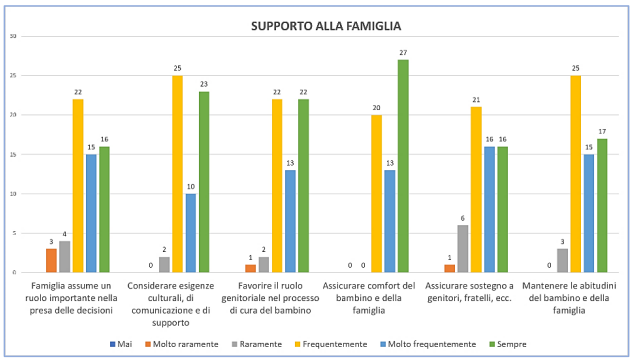
Essendo rappresentativa dei principi cardine della CFCC, significa che gli infermieri mettono in atto delle strategie che permettono loro di esplorare il normale funzionamento familiare, partendo dalla definizione dei ruoli e delle responsabilità, in modo da raggiungere un livello di partnership efficace che ha come principale obiettivo il fornire il più alto livello di assistenza al piccolo paziente in termini di qualità delle cure.



La seconda sezione del questionario si propone di esplorare il modo e la frequenza con cui gli infermieri indagano e supportano il livello di autonomia e controllo del genitore.
La maggior parte degli items (7, 8 e 10) ha ottenuto il maggior livello di risposta all'opzione 'Sempre' il che fa dedurre come gli operatori sanitari mettano a fuoco il ruolo e la funzionalità della famiglia in termini conoscitivi ed esplorativi, soprattutto durante la fase di accertamento e raccolta dei dati, ma questo tenda ad affievolirsi man mano che si va avanti con



la progettazione ed attuazione del piano di cura.
Il settore della "NEGOZIAZIONE" è strettamente correlato con la sezione precedente in quanto rappresenta un'applicazione nella pratica clinica dei punti esplorati precedentemente. Mentre in "AUTONOMIA E CONTROLLLO DEL GENITORE" è stato ottenuto un rilevante livello di frequenza, infatti, tutti gli items hanno registrato il più alto tasso di risposta all'opzione "Sempre": item 7, 41,7% (n 25), item 8, 36,7% (n 22), item 10, 48% (n 29), in "NEGOZIAZIONE" la frequenza si è notevolmente abbassata dimostrando che gli infermieri ritengono fondamentale il coinvolgimento del genitore nel processo di cura del proprio figlio, ma risulta difficile metterlo in pratica anche e soprattutto per mancanza di chiare strategie applicative.
L'ultima sezione si focalizza sull'importanza di fornire "SUPPORTO ALLA FAMIGLIA" e ha ottenuto, in termini statistici, la più alta frequenza di risposte positive da "Molto frequentemente" a "Sempre" ri-



sultando il settore più omogeneo. Rispondendo a queste domande gli infermieri hanno dovuto trarre spunto dalla loro attività lavorativa quotidiana ancor di più rispetto alle sezioni precedenti, perché si propone di esplorare le concezioni personali e professionali che vengono utilizzate, in maniera inconscia, nell'elaborazione e nella fornitura dei piani assistenziali individualizzati.
Dall'analisi dei dati si evince come la filosofia della Child and Family Centered Care non sia intesa come un mero paradigma ma trovi la sua applicazione nella maggior parte dei setting assistenziali e questo è di notevole rilevanza nell'intento di elaborare strategie innovative per favorirne l'implementazione.
La maggior parte dei partecipanti allo studio ha dato un feedback positivo dal quale si può dedurre che il punto di partenza per lo sviluppo di cure centrate sulla famiglia nelle cliniche pediatriche è l'autovalutazione stessa delle azioni.
L'elaborazione di strumenti standardizzati che misurino l'assistenza centrata sulla famiglia e sul bambino sono necessari per sviluppare protocolli di assistenza FAMILY - BASED.
Un limite dello studio è stato, però, la bassa campionabilità per cui i dati ottenuti non possono essere ritenuti rappresentativi della reale attitudine del personale infermieristico dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, ma può essere considerato un test pilota da cui partire per progettare corsi formativi che coinvolgano tutti i membri dell'équipe assistenziale allo scopo di individuare strategie di implementazione di questo modello di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Badon, P., & Cesaro, S. (2002) Manuale di nursing pediatrico. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
2. Mikkelsen, G. & Frederiksen, K. (2011) 'Family-centred care of children in hospital - a concept analysis'. Journal of Advanced Nursing, vol. 67, no. 5, pp. 1152–1162.
3. Schor, E.L. & American Academy of Pediatrics Task Force on the Family (2003) 'Family pediatrics: report of the Task Force on the Family'. Pediatrics, vol. 111, no. 6, Pt 2, pp. 1541–1571.
4. Callery, P. & Smith, L. (1991) 'A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized children'. Journal of Advanced Nursing, vol. 16, no. 7, pp. 772–781.
5. Bagnasco, A., Acampora. F., Calza. S. & Sasso. L. (2015) 'Child and Family-Centered Care (CFCC): uno strumento per analizzare l'attitude dell'infermiere pediatrico'. Children's nurses – Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences, vol. 7, no. 4, pp. 128-131.

INFERMIERE COMPETENTE NEL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE: CERTIFICAZIONE PER I PRIMI 16

Sono 16 gli infermieri competenti nel processo di sterilizzazione che hanno ottenuto la certificazione in occasione della prima sessione d'esame svolta il primo giugno scorso. Sono i primi professioni certificati da quando ha preso il via la certificazione degli infermieri competenti nel processo di sterilizzazione, una figura altamente formata e specializzata nella gestione dei processi di sterilizzazione. Quanto sia importante la rilevanza e il valore di questa certificazione lo ribadisce Aios - Associazione no profit formata da operatori sanitari con lo scopo di promuovere, diffondere e valorizzare la sterilizzazione dei dispositivi medici in ambito ospedaliero. Ed è stata Aios a progettare lo schema del processo di sterilizzazione, in collaborazione con CEPAS (Istituto di certificazione delle competenze e della formazione). Due sono le competenze che l'infermiere deve possedere nel processo di sterilizzazione: conoscenze teorico/pratiche sull'intero processo di sterilizzazione; conoscenze delle modalità di trasmissione della Ica (Infezioni correlate all'assistenza). La sterilizzazione, ricorda Aios, è una delle principali misure di prevenzione primaria che si avvale di tecnologie sempre più avanzate ed innovative, di metodi di trattamento dei dispositivi medici diversificati, di fasi del processo di sterilizzazione standardizzate e regolamentate da normative nazionali, europee e mondiali. L'efficacia della sterilizzazione è dovuta soprattutto alle competenze specifiche e alle performance degli operatori sanitari. È il motivo che ha spinto Aios ha fissare come obiettivo, in questo 2022, quello di dare una svolta al ruolo dell'infermiere di centrale di sterilizzazione attraversi la certificazione della competenza che ne attestasse anche le skill. Del resto in un periodo storico segnato dalla pandemia, abbiamo imparato a conoscere termini come "infezioni" e "prevenzione", elementi strettamente collegati all'operato quotidiano del mondo sanitario. Formare l'operatore sanitario e innalzare i livelli di qualità dell'assistenza come tutela del benessere della salute pubblica, sottolineano ancora in Aios, è una delle mission della società che ha potuto certificare i primi infermieri competenti nel processo di sterilizzazione grazie alla collaborazione e la stretta intesa con CEPAS.