

PNRR "Casa della Salute"



NON C'È SALUTE SENZA INFERMIERI

EDITORIALE

Infermieri & esclusività del rapporto di lavoro

PRIMO PIANO

La Sanità messa in un angolo dal governo

PROMOZIONE SALUTE

Generazioni culturali

SICUREZZA & BENESSERE

"Preposto": ruoli e responsabilità nella struttura organizzativa



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane - Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari - Anno XXXX - N° 7/8 novembre/dicembre 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 dicembre 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

Elena Chiefa, Maria Colapinto, Cosimo Della Pietà, Liana Libera Diana, Michele Fighera, Angelica Fiume, Vincenzo Inglese, Alessia Labate, Maria Concetta L'Abbate, Michela Lacasella, Antonella Manfredi, Antonio Mangialardo, Chiara Perniola, Giovanni Salvatore, Angela Sardella

EDITORIALE

3 **INFERMIERI & ESCLUSIVITÀ DEL RAPPORTO DI LAVORO**

Saverio **ANDREULA**

PRIMO PIANO

5 **ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA: REGIONE STANZIA 15 MILIONI DI EURO**

Salvatore **PETRAROLO**

7 **LA SANITÀ MESSA IN UN ANGOLO DAL GOVERNO**

Salvatore **PETRAROLO**

9 **RINNOVO CONTRATTO COMPARTO SANITÀ**

Salvatore **PETRAROLO**

11 **STABILIZZAZIONE NELLA SANITÀ PUGLIESE PER 2500 INFERMIERI**

Salvatore **PETRAROLO**

PROFESSIONE IN AZIONE

13 **AUTONOMOUS SENSORY MERIDIAN RESPONSE: ASMR E LA SUA APPLICABILITÀ**

Angelica **FIUME**, Carmela **MARSEGLIA**

16 **L'INFERMIERE DI PROCESSO IN PRONTO SOCCORSO**

Antonio **MANGIALARDO**, Giovanni **SALVATORE**

18 **IL PRELIEVO EMATICO PER EMOGASANALISI**

Chiara **PERNIOLA**, Michele **FIGHERA**

RICERCA INFERMIERISTICA

20 **DIMISSIONI PROTETTE**

Cosimo **DELLA PIETÀ**

PROMOZIONE SALUTE

24 **GENERAZIONI CULTURALI**

Angela **SARDELLA**

27 **LA PRESA IN CARICO DI PERSONE CON DECLINO COGNITIVO**

Liana Libera **DIANA**

29 **MIGLIORARE LA SANITÀ TERRITORIALE: LA NUOVA SFIDA**

Maria **COLAPINTO**, Vincenzo **INGLESE**

SICUREZZA E BENESSERE

31 **"PREPOSTO": RUOLI E RESPONSABILITÀ NELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

Antonella **MANFREDI**, Angela **SARDELLA**

34 **IL RISCHIO AGGRESSIONI SUL LUOGO DI LAVORO**

Elena **CHIEFA**, Maria Concetta **L'ABBATE**

IN FORMAZIONE

38 **L'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL PERCORSO CLINICO- ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO**

Alessia **LABATE**, Michela **LACASELLA**

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 & ESCLUSIVITÀ DEL RAPPORTO DI LAVORO



Saverio
ANDREULA

Un nodo che tutti vorrebbero sciogliere ... “a parole”

È un continuo “ciurlar nel manico” il costante impegno “a parole” che da tempo numerose rappresentanze politiche, sindacali e professionali manifestano per attuare la cancellazione del vincolo dell’incompatibilità ed esclusività del rapporto di lavoro cui sono ammanettati gli Infermieri italiani per effetto della legge n. 412/91 e del D. Lgs n. 165/2000.

È in quest’ultimo periodo che la questione dell’esclusività per gli Infermieri e le professioni sanitarie del comparto sanità è sistematicamente “sulla bocca” di tutti i suoi stakeholder, considerate le enormi criticità in cui oggi si trova il sistema sanitario nella sua dimensione nazionale, incapace di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

Noi Infermieri, apprezzati professionisti sanitari dall’universo mondo, indispensabili e primattori per l’ammodernamento del sistema sanitario, proiettato a modelli concettuali innovativi e in linea e coerenza con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ci chiediamo il perché dobbiamo subire un’autentica vessazione e declassamento per la disciplina delle attività libero professionali che invero per ordinamento sono consentite ai dipendenti del servizio sanitario, appartenenti unicamente alla dirigenza sanitaria, medica e veterinaria. È oltremisura imbarazzante, per un paese che si definisce rispettoso dei principi costituzionali, relegare una classe professionale sanitaria con pseudo “pari dignità” a tutte le altre, in un recinto invalicabile aperto solo nel periodo della transumanza a migliori pascoli solo per far fronte alla stagione pandemica.

È quanto, nei fatti, è accaduto l’anno scorso con il decreto “sostegni” (art. 20 comma 464-bis del governo presieduto dal pentastellato Giuseppe Conte) che ha determinato con la dichiarata condivisione della FNOPI, la temporanea sospensione dei vincoli di legge sull’esclusività del rapporto di lavoro per gli Infermieri solo per raggiungere l’obiettivo dichiarato di aumentare la capacità vaccinale del Paese e garantire un migliore accesso ai vaccini per uscire il più rapidamente possibile dalla pandemia.

Insomma, infermieri temporaneamente reclutati per effettuare un lavoro a “cottimo” con il “placet” della “casa madre” degli Infermieri che forse sperava in una successiva e più ampia estensione dell’allentamento del vincolo di esclusività sino a giungere alla sua definitiva cancellazione.

A nessuno sfugge che i mali che affliggono oggi il nostro sistema sanitario pubblico sono drammaticamente rilevanti e incidenti sulla salute pubblica e riguardano tutte le sue articolazioni funzionali in forte disequilibrio tra di loro.

La medicina territoriale è inesistente e inefficace, gli ospedali sono colmi all’inverosimile perdendo la loro dimensione di struttura per acuti, le strutture intermedie e i sistemi di emergenza urgenza super affollati; il tutto in un contesto di Paese in cui per la sovranità delle regioni nel governo della sanità, insistono venti differenziati modelli di sistemi sanitari.

Tanto premesso c’è da chiedersi se non sia ora il momento di restituire agli Infermieri la libertà incondizionata di porsi di più e meglio al servizio dei cittadini, così come avviene per tutte le professio-

ART. 20 COMMA 464-BIS

Al fine di accelerare la campagna nazionale di vaccinazione e di assicurare un servizio rapido e capillare nell'attività di profilassi vaccinale della popolazione, al personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale che aderisce all'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 al di fuori dell'orario servizio, non si applicano le incompatibilità di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e all'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività vaccinale stessa. All'attuazione del presente comma si provvede nei limiti di spesa di cui all'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito in legge 25 giugno 2019, n. 60 e senza nuovi oneri maggiori per la finanza pubblica.

ni della dirigenza sanitaria, ancorché il nostro Paese evidenzia una catastrofica carenza numerica di Infermieri rispetto ai propri bisogni.

Nella mia piccola dimensione e ruolo di presidente dell'OPI di Bari, rivolgo appello alle forze politiche di governo e di opposizione, di trovare da subito un'intesa per far sì che approdi rapidamente per il suo esame, discussione e approvazione in Parlamento una delle tante proposte di legge di riforma dell'attuale ordinamento in grado di restituire agli Infermieri e alle professioni sanitarie del comparto la dignità professionale loro sottratta da tanto, troppo tempo.

Raccomando le lobby professionali dell'area sanitaria presenti in Parlamento, che da anni ostacolano nelle forme più ambigue il processo di riforma dell'ordinamento professionale degli infermieri per la liberalizzazione del rapporto di lavoro, migliori riflessioni sull'ipotesi che tanto determinerebbe invasioni di campo e sottrazione di volumi prestazionali oggi ad esclusivo e oneroso loro appannaggio. Il Paese ha bisogno, oggi più che mai, di professionisti sanitari con pari dignità, che nel rispetto dei propri ruoli, si prendono cura della salute dei suoi cittadini con prestazioni rese in qualità e sicurezza.



BUON NATALE E PROSPERO 2023

dal Consiglio Direttivo, dal Collegio dei Revisori dei Conti, dalla Commissione Albo Infermieri, dal Comitato di redazione e dal Comitato di esperti di "Filodiretto" e dal personale amministrativo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Bari.

Care Colleghe e Cari Colleghi, in occasione di questo Natale 2022, il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Revisori dei Conti e la Commissione Albo Infermieri dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Bari, desiderano inviare un forte, sentito e sincero "grazie" a tutti voi che come sempre, di fronte alle numerose difficoltà del Servizio Sanitario Regionale, non vi sottraete alle vostre responsabilità rispondendo quotidianamente alle varie istanze di assistenza ai cittadini. In ogni ambito e ad ogni livello di responsabilità avete dimostrato di fare la differenza, di assistere, coordinare, dirigere, formare nell'incertezza e di agire sempre con professionalità, umanità, competenza e grande senso etico.

A tutti voi e ai vostri cari Buon Natale e Prospero 2023

ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA: REGIONE STANZIA 15 MILIONI DI EURO



Salvatore
PETRAROLO

Visite mediche sino a mezzanotte nelle strutture sanitarie pugliesi. Al momento si tratta di una ipotesi che, però, si vorrebbe far diventare una strada concreta da percorrere nella nostra regione per abbattere le liste d'attesa.

Problema che è diventato emergenza per la quale la politica regionale sta cercando soluzioni definitive, salvo mettere in campo provvedimenti tampone che potrebbero fungere da pannicello caldo per la nostra sanità.

È un dibattito che non conosce momenti di pausa anche in consiglio regionale dove c'è un progetto di legge (il cui primo firmatario è il consigliere Fabia Amati, appena approdato in Azione di Carlo Calenda) che è ancora impantanato nell'agenda dei lavori del parlamentino pugliese.

Sempre dall'aula del consiglio sono state licenziate, recentemente, una mozione approvata a maggioranza (25 voti favorevoli e l'astensione proprio di Amati su 26 presenti) presentata dal consigliere Massimo Stellato a favore dell'abbattimento delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie.

Nel testo del provvedimento, viene evidenziata la necessità di intervenire con soluzioni volte ad incrementare l'offerta e, nel contempo, evitare disservizi ai cittadini ed ai pazienti.

La mozione approvata "impegna - spiega una nota del Consiglio regionale - il presidente e la Giunta regionale a predisporre ogni utile iniziativa per l'avvio di una sperimentazione, di almeno 12 mesi, che consenta agli assistiti della Regione Puglia di poter usufruire di un ampliamento dell'offerta delle prestazioni sanitarie, comprese quelle strumentali e di diagnostica per immagini, incrementando l'orario delle prestazioni ambulatoriali nei giorni festivi, nella fascia oraria pomeridiana dei giorni prefestivi e

nella fascia oraria serale dei giorni feriali dalle 20.00 alle 24.00".

Su proposta dell'assessore alla sanità Rocco Palese, la mozione è stata integrata, prevedendo nella parte organizzativa, preliminarmente la consultazione delle Organizzazioni sindacali, fermo restando il rispetto delle norme e dei contratti nazionali del lavoro vigenti in materia.

Nella seduta del consiglio regionale del 28 novembre scorso, invece, un articolo in assestamento di bilancio per il 2022, con il quale vengono stanziati 15 milioni di euro dalla Regione Puglia, per il recupero delle liste d'attesa con il coinvolgimento anche delle strutture sanitarie accreditate.

Quell'impegno di spesa viene considerato un successo da parte degli esponenti della maggioranza di centro sinistra e Cinque stelle, mentre i consiglieri d'opposizione evidenziano che quelle risorse economiche sono insufficienti.

"Il provvedimento va nella direzione che auspicavamo per intervenire in maniera efficace su uno dei problemi maggiormente sentiti dai pugliesi" commenta il capogruppo del Movimento Cinque Stelle, Marco Galante. "Nessuno pensa che si tratti di una soluzione definitiva - aggiunge - ma è un ulteriore passo avanti.

Ora, come disposto dall'articolo, è necessario uno specifico piano di recupero dettagliato per prestazione e per provincia, in modo che la Giunta approvi nel più breve tempo possibile la delibera con cui le risorse verranno ripartite per struttura sanitaria. L'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie rispetto a quelle già contrattualizzate prevede l'utilizzo anche delle economie aziendali che si determinano in ogni Asl, cioè delle risorse provenienti dal mancato utilizzo dei budget oggetto di convenzione con gli erogatori privati".



cifiche e dedicate tali da consentire anche apposita rendicontazione delle prestazioni effettivamente erogate.

In pratica le regole sono già state scritte, basterebbe iniziare ad applicarle senza perdersi ulteriormente nei meandri della burocrazia". Lo stanziamento dei 15 milioni di euro dà seguito alla mozione approvata a maggioranza, sottolinea il consigliere regionale Massimiliano Stellato che della mozione era stato il promotore. Stellato annuncia che la Asl di Taranto è già al lavoro per effettuare gli esami fino a mezzanotte non prima, però, di un confronto tra il management aziendale e i sinda-

Posizione diametralmente opposta è quella del gruppo regionale di Fratelli d'Italia: "L'emergenza delle liste di attesa nella sanità pugliese deve essere affrontata in tempi rapidi e con risorse economiche congrue.

Prendiamo atto, invece, che la Regione Puglia ha stanziato appena 15 milioni di euro per il 2022, somma insufficiente e che non riuscirà certo a spendere in un mese, e che, soprattutto, l'assessore Palese non ha evidentemente ben chiaro il da farsi per quel che concerne gli atti da porre in essere.

Così come definito nel Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 si intende supportare il piano di recupero attraverso il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate.

Questo dovrà necessariamente rispettare le classi di priorità, al fine di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali, comprensive anche degli interventi chirurgici da erogare in favore dell'utenza quale obiettivo strategico regionale.

Le risorse – si legge sempre nel documento – saranno assegnate sulla base delle liste di attesa registrate nelle singole province, per le quali dovranno essere attivate agende spe-

cati di categoria "per valutare sia il modello organizzativo da mettere in campo sia le strutture aziendali idonee allo scopo.

Una volta stabiliti i criteri, con l'aumento delle risorse a disposizione previste dalla Giunta, sarà possibile procedere spediti. Considerate le liste d'attesa - aggiunge Stellato - sarebbe utile partire, anche facendo ricorso alla cosiddetta "teleradiologia".

Il servizio delle visite fino a mezzanotte, conclude Stellato - è già stato testato in altre regioni e, in poco tempo, ha contribuito a smaltire le agende delle prenotazioni, ha consentito ai cittadini di recuperare il tempo perso e restituito fiducia al servizio sanitario pubblico".



LA SANITA' MESSA IN UN ANGOLO DAL GOVERNO



Salvatore PETRAROLO

Intervista a Nino Cartabellotta (Fondazione Gimbe)

Rimettere la sanità al centro dell'agenda politica, perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio dell'avvicendamento dei Governi.

Il monito è firmato dal presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, in occasione della presentazione del quinto Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale a Roma. A giudizio di Cartabellotta il SSN è un "paziente cronico" affetto da varie patologie: l'imponente definanziamento pubblico di circa 37 miliardi di euro nel decennio 2010-2019; l'incompiuta del DPCM sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che aveva ampliato prestazioni e servizi a carico del SSN senza la necessaria copertura finanziaria; gli sprechi e le inefficienze a livello politico, organizzativo, professionale; l'espansione incontrollata dell'intermediazione assicurativo-finanziaria. La pandemia COVID-19 ha confermato il cagionevole stato di salute del SSN, facendo emergere soprattutto l'imponente depauperamento del personale sanitario e la fragilità dell'assistenza territoriale, oltre che l'incapacità di attuare un'unica catena di comando. "Se nel pieno dell'emergenza tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di potenziare e rilanciare il SSN – aggiunge il presidente della Fondazione Gimbe – progressivamente la sanità è stata nuovamente messa all'angolo".

Presidente Cartabellotta, lei ha espresso critiche alla Legge di bilancio del Governo Meloni, perché la sanità viene dimenticata. Ci spiega il motivo?

Purtroppo anche questo Governo, come quelli che l'hanno preceduto, considera la spesa sanitaria un costo e non un investimento, ignorando che lo stato di salute e benessere di una popolazione è una variabile indipendente della crescita economica del Paese. D'altra parte, sino a quando non saranno i

cittadini a scendere in piazza per protestare per la perdita di un diritto fondamentale riconosciuto dalla Costituzione, la sanità non tornerà al centro dell'agenda politica. Ci sarà sempre una priorità o un'emergenza per giustificarne la "messa all'angolo".

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ulteriormente indebolito dalla pandemia, meritava un'attenzione diversa, viste le innumerevoli questioni aperte: dal depauperamento quantitativo e motivazionale del personale sanitario ai "nuovi" LEA su specialistica ambulatoriale e protesica ancora al palo per mancata approvazione del cosiddetto Decreto Tariffe; dalle difficoltà a riassorbire le liste di attesa alle inaccettabili disuguaglianze regionali. Con l'inflazione a due cifre, i rincari energetici e le spese COVID delle Regioni non interamente ripianate, le risorse stanziare non solo impediscono qualsiasi forma di rilancio del SSN, ma rischiano di mandare in rosso anche i conti delle Regioni più virtuose. Senza contare che l'implementazione del PNRR, in particolare l'attuazione del DM 77, non può trovare un SSN in questo stato di affanno.

Chiede al Governo di fare coraggiose riforme di sistema? Quali dovrebbero essere?

Serve innanzitutto una chiara visione sul SSN che vogliamo consegnare alle future generazioni e attuare le necessarie riforme che riguardano vari ambiti: dalla programmazione, organizzazione e integrazione dei servizi sanitari, al rilancio delle politiche del personale sanitario; da un potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel rispetto delle loro autonomie, alla "blindatura" del finanziamento pubblico per la sanità; dalla modifica del sistema di aggiornamento dei LEA al riordino della sanità integrativa e alla disciplina del rapporto pubblico-privato. Tutte riforme previste nel "Piano di Rilancio del SSN" elaborato dal-

la Fondazione GIMBE sul quale è stata aperta una consultazione pubblica alla quale invitiamo tutti a partecipare.

Lei ha dichiarato che con la fine dell'emergenza Covid la sanità pubblica è rientrata nei ranghi. Ci eravamo illusi che la pandemia potesse far crescere l'attenzione sulla sanità?

Se nei momenti più bui della pandemia tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di rilanciare il SSN, con la fine dell'emergenza la sanità è "rientrata nei ranghi", come dimostrato prima dalla scarsa attenzione nei programmi elettorali, poi dalle previsioni del DEF che porta la spesa sanitaria nel 2025 al 6% del PIL, e, da ultimo, dalle briciole in Legge di Bilancio 2023. Ma soprattutto "brucia" la retorica degli eroi: quei professionisti sanitari tanto osannati quando, nonostante le gravi carenze strutturali, tecnologiche e organizzative, hanno permesso di superare la fase più buia della pandemia ora non ricevono alcuna concreta gratificazione.

Quali interventi servirebbero per fronteggiare la carenza di personale sanitario, non solo medico, ma soprattutto infermieristico?

Le criticità sul personale sono innumerevoli e conseguono sia ai tagli che alla mancata programmazione, ma anche alla enorme frammentazione (di categoria, sindacale, scientifica) di professionisti e operatori sanitari. Un divide et impera che ha agevolato il compito a tutti i Governi. Dove intervenire? Bisogna rilanciare le politiche sul capitale umano: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari, riformare i processi di formazione e valutazione delle competenze, al fine di valorizzare e motivare la colonna portante del SSN. Infatti, al di là degli aspetti contingenti, il vero problema che la politica è tenuta a risolvere è la demotivazione del personale sanitario che non trova più attrattivo lavorare nel SSN come dimostrano vari fenomeni: posti non coperti nei corsi di laurea in scienze infermieristiche, pensionamenti anticipati e licenziamenti volontari, fughe verso il privato, o addirittura all'estero che vanificano gli investimenti fatti sulla formazione.

Si è parlato tanto dei fondi del PNRR destinati alla sanità, ma al momento le Case della salute o gli ospedali di comunità sembrano essere solo progetti su carta. C'è il rischio che non se ne faccia nulla o che i fondi del PNRR vengano sprecati?

Al fine di centrare i due obiettivi chiave della Mis-



sione 6, ovvero ridurre le diseguaglianze regionali ed ottenere il massimo ritorno di salute dalle risorse investite, è necessario predisporre le adeguate contromisure per fronteggiare le criticità che ostacolano l'attuazione del PNRR. Criticità di implementazione che riguardano vari ambiti: differenze regionali (modelli organizzativi e performance dell'assistenza territoriale, attuazione del fascicolo sanitario elettronico), carenza di personale, ruolo e valorizzazione dell'infermiere di famiglia, eterogeneità delle modalità contrattuali, scarsa attitudine alla collaborazione inter-professionale, offerta del privato accreditato, analfa-

betismo digitale di professionisti sanitari e cittadini, tempi di attuazione della legge delega sugli appalti pubblici, carico amministrativo di Regioni e Aziende sanitarie, aumento dei costi delle materie prime e, soprattutto, dell'energia. La mia sensazione è che senza coraggiose riforme di sistema, una rigorosa governance delle Regioni e investimenti vincolati per il personale sanitario, le risorse della Missione Salute del PNRR rischiano di finanziare solo un costoso lifting del SSN.

Tornando all'emergenza COVID: calano le vaccinazioni e tornano a salire i contagi, ma l'ospedalizzazione sembra essere bassa. Abbiamo alle spalle il periodo peggiore o l'aver abbassato la guardia ci espone ad altri rischi?

La pandemia dell'era pre-vaccini è solo un lontano e doloroso ricordo, ma il virus ci accompagnerà ancora per un po'. Peraltro, il numero dei nuovi casi settimanali non è più un indicatore affidabile della circolazione virale, sottostimata almeno del 50% sia per l'utilizzo diffuso di tamponi "fai da te" sia per il mancato testing di persone asintomatiche o paucisintomatiche. Sicuramente il carico sulle terapie intensive non preoccupa più, sia grazie all'efficacia dei vaccini nei confronti della malattia grave, sia per la minore gravità di Omicron. Invece i ricoveri in area medica risentono immediatamente di un aumentata circolazione virale. Ecco perché, è fondamentale accelerare sulla somministrazione delle quarte dosi per anziani e fragili, che invece continuano a calare lasciando scoperte quasi tre persone su quattro. Infine, utile ricordare che esiste un impatto "cronico" della pandemia sul SSN: ritardo sull'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening non ancora recuperate dalle Regioni, emergenza di nuovi bisogni (long-COVID, salute mentale) e soprattutto ulteriore indebolimento del personale sanitari.

RINNOVO CONTRATTO COMPARTO SANITÀ



Salvatore
PETRAROLO

Sulla valorizzazione della professione sono tutti d'accordo, sulle risorse stanziare per dare seguito al rinnovo del contratto del comparto sanità le posizioni invece restano più sfumate.

Due mesi dopo la firma del rinnovo del contratto del comparto sanità, tra Aran e i sindacati (avvenuta il 2 novembre scorso) il dibattito resta aperto, con qualche distinguo. Il punto di partenza, però, è comune: la firma del rinnovo del contratto per il comparto sanità è un importante passo per valorizzare i professionisti della salute (sono 545mila quelli interessati n.d.r) e un contributo al rilancio del Servizio Sanitario Nazionale. Un contratto, è bene ricordare, che riguarda il periodo 2019-2021. Ma, come detto, se per la sottoscrizione del rinnovo i sindacati (Fp Cgil Cisl Fp, Uil Fpl, Fials, Nursind e Nursing Up) si sono schierati tutti dalla stessa parte, sulla parte economica qualche divisione c'è. Differenze che emergono leggendo con attenzione le dichiarazioni ufficiali, rese pubbliche subito dopo la firma del rinnovo del contratto. “Questo contratto è un primo importante riconoscimento, in termini di salario, di diritti, di valorizzazione professionale, per quanto viene fatto ogni giorno dalle lavoratrici e dai lavoratori nelle strutture pubbliche” si legge nella nota ufficiale della Funzione pubblica Cgil. Sindacato dal quale arriva anche un primo messaggio alle istituzioni per quanto concerne gli aspetti economici: “E' necessario proseguire in questa direzione per la valorizzazione degli operatori, del lavoro e del servizio, attraverso maggiori risorse per i salari e per la contrattazione, e un piano straordinario di assunzioni. In ballo c'è la dignità del lavoro e il diritto alla salute dei cittadini” dichiarano ancora i sindacalisti della Fp Cgil. Un contratto fortemente innovativo lo definisce il segretario generale della Cisl Fp, Maurizio Petriccioli:

“Viene riscritto il sistema di classificazione, passando dalle attuali categorie alle nuove Aree, garantendo a tutto il personale nuove opportunità di crescita economica; definisce un nuovo sistema di incarichi, in grado di riconoscere competenze e responsabilità, completando quel percorso di innovazione avviato con il precedente rinnovo contrattuale; aggiorna il sistema delle indennità ampliando la platea dei destinatari; riapre alla possibilità di accesso all'area superiore con selezioni interne; definisce nuovi diritti e consegna nuove opportunità alla contrattazione decentrata”. Petriccioli, però, si spinge già all'immediato futuro che, per certi versi, è il presente che si sta vivendo con la crisi economica e il balzo dell'inflazione. “Bisogna proseguire nello sviluppo normo-economico del comparto – sottolinea Petriccioli - per avvicinare i salari delle lavoratrici, dei lavoratori e dei professionisti ai livelli europei, dando pieno riconoscimento a chi opera nei servizi sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali del nostro Paese”. Sulla stessa lunghezza d'onda anche Michele Schinco, del Coordinamento delle Professioni sanitarie e della Fp Cisl: Da oggi comincia la sfida per avvicinare, ai livelli europei, i salari di tutti i professionisti sanitari che meritano il pieno riconoscimento dei percorsi formativi svolti e soprattutto il pieno riconoscimento economico rispetto alle responsabilità legate al ruolo esercitato quotidianamente nei reparti”. Meno trionfalistici, invece, i toni utilizzati dal sindacato Fials, la cui posizione si potrebbe sintetizzare così: bene il rinnovo del contratto, ma sulle risorse economiche non ci siamo. Le definisce insufficienti il segretario nazionale della Fials, Giuseppe Carbone, che offre anche un dettaglio dei numeri: gli stanziamenti fatti dal Governo sono stati assolutamente inadeguati: 241 milioni di cui 63 per le indennità del personale PS, poco più di 51 milioni per

il trattamento accessorio e quasi 128 milioni per il nuovo ordinamento professionale. Non serve essere un matematico per capire che queste cifre hanno permesso aumenti salariali che ci fanno restare ampiamente il fanalino di coda in Europa". Il rinnovo del contratto, però, non poteva essere ulteriormente rinviato anche se è già tempo per mettersi a discutere di un nuovo rinnovo contrattuale perché, paradosso probabilmente tutto italiano, quello siglato due mesi fa è il rinnovo di un contratto già scaduto. Più moderata e meno critica la posizione della Uil Fpl: "Il contratto riconosce a queste lavoratrici e lavoratori un importante riconoscimento 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". Il contratto del comparto è comunque un importante passo in avanti per gli infermieri, anche se la parte economica resta irrilevante con un incremento in busta paga che va da 146 a 170 euro in più al mese. Posizione ribadita da Andrea Bottega, segretario nazionale del Nursind anche nel corso del recente congresso di quella sigla sindacale. Rilevante, per Bottega, è il sistema degli incarichi che "punta alla valorizzazione della crescita culturale e professionale degli infermieri attraverso il riconoscimento delle competenze". Ma ci sono alcuni problemi irrisolti, a cominciare dalla dramma-

tica carenza di infermieri. Bottega punta il dito contro la Legge di Bilancio che il Governo sta approntando per il 2023: i soldi destinati alla sanità sono quasi tutti vincolati tra caro energia e operatori del Pronto soccorso, ma non ci sono risorse per stabilizzare il personale infermieristico e assumere nuovo personale. "Il rinnovo del contratto per il comparto sanità per noi rappresenta solo un punto di partenza" ha ribadito Antonio De Palma, segretario nazionale del sindacato Nursing Up. Questo contratto - aggiunge De Palma - segna un grande passo in avanti, con il riconoscimento di aumenti economici per gli incarichi del personale sanitario, e con l'introduzione di incarichi di base "per tutti i professionisti sanitari", quindi indipendentemente da selezioni o concorsi interni, come già avviene per i medici, sono un passo fondamentale; ma non possiamo sentirci appagati, non possiamo accontentarci dei traguardi ottenuti, anche se importanti. Stiamo purtroppo vivendo una contingenza economica che relega più che mai gli infermieri, numeri alla mano, in una posizione di estremo disagio.

Finalmente, con il nuovo sistema degli incarichi, sono state create le condizioni di un contratto che viaggia verso analoghi istituti di quello della dirigenza medica e dove, in particolare nel caso degli incarichi base, tutti i professionisti assunti possono vedere valorizzata la propria indiscutibile competenza" conclude il segretario nazionale del Nursing Up.

#MARTEDINFIERMIERISTICO

Data	Evento
10 Gennaio	Dalla golden hour al silver day: il percorso del neonato dopo la nascita
7 Febbraio	Normativa in materia sanitaria, l'infermiere e la documentazione amministrativa
21 Febbraio	Bed management
21 Marzo	Infermiere di emodinamica: gestione del paziente da percorso HUB
11 Aprile	Epidemiologia-prevenzione e promozione della salute.
18 Aprile	Effetto rebound post-covid e il ruolo centrale degli infermieri
9 Maggio	Comunicazione infermiere paziente sordo: conoscere e abbattere la barriera della sordità
16 Maggio	Percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi
23 Maggio	L'umanizzazione come fondamentale indicatore dello stato della salute
6 Giugno	L'infermiere libero professionista: oneri e compensi della partita IVA
27 Giugno	La privacy e il consenso informato
11 Luglio	Wound Care Pills
25 Luglio	La stimolazione oromotoria come processo per favorire la suzione del neonato pretermine.

Giornate di studio che si terranno presso la sede dell'OPI BARI, Viale Salandra 1L.

[facebook.com/francesco.molinari.50](https://www.facebook.com/francesco.molinari.50) | email: francescotoni@live.it

STABILIZZAZIONE NELLA SANITA' PUGLIESE PER 2500 INFERMIERI



Salvatore
PETRAROLO

Saranno circa 3.300 le unità di personale sanitario pugliese che verranno stabilizzate dal 1 gennaio 2023. La delibera della Giunta regionale che dà l'avvio alle stabilizzazioni è stata approvata nella giornata di lunedì 12 dicembre, coinvolge poco più di 2.500 tra infermieri e operatori socio-sanitari, nonché circa 140 unità di dirigenti medici. Il provvedimento, come si legge nella nota ufficiale della Regione Puglia, riguarda il personale che ha maturato i requisiti ai sensi della "Legge Madia" e della legge di Bilancio del 2020.

Nel dettaglio sono i rappresentanti sindacali di Cgil, Cisl, Uil e Fials, anche loro attraverso un comunicato congiunto, a specificare i requisiti necessari per la stabilizzazione: 36 mesi di anzianità di servizio al 31 dicembre del 2022 oppure 18 mesi di servizio al 30 giugno del 2022 di cui almeno 6 mesi nel periodo compreso tra il 31 gennaio del 2020 e il 30 giugno del 2022.

La stabilizzazione, per il personale sanitario interessato, riguarderà sia chi è attualmente in servizio sia chi abbia cessato il proprio rapporto di lavoro, ma è in possesso dei requisiti.

La Giunta regionale pugliese, fanno sapere i sindacati, ha previsto anche la proroga di tutti i contratti a tempo determinato per il personale sanitario che non è in possesso dei requisiti della Legge Madia o della cosiddetta "Stabilizzazione covid" per la stabilizzazione, sino al raggiungimento dei 36 mesi di servizio alle dipendenze di Enti e Aziende del servizio sanitario regionale pugliese.

"Si tratta - spiega l'assessore regionale alla sanità, Rocco Palese - di un intenso lavoro che ha coinvolto le competenti Sezioni Strategie e Governo dell'Offerta e Amministrazione, Finanza e Controllo in Sa-

nità- Sport per Tutti. Il percorso di potenziamento degli organici del personale del Servizio sanitario regionale - continua Palese - rappresenta una priorità della Regione Puglia, al fine di consentire il recupero delle attività ordinarie, delle liste d'attesa, nonché, in una prossima prospettiva, l'implementazione e lo sviluppo del modello di sanità ospedaliero e territoriale".

I direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito della propria autonomia, possono inoltre prorogare fino a 36 mesi i contratti attualmente in essere, sempre nel pieno rispetto dei vincoli di spesa e sulla base delle esigenze organizzative. In particolare, la eventuale proroga dovrà essere garantita, in via prioritaria, alle figure professionali non maggiormente coinvolte (in termini numerici) dalla procedura di stabilizzazione e, comunque essenziali per il corretto e continuativo svolgimento delle attività di ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale.

La Regione, tramite il Dipartimento Salute, avvierà un monitoraggio mensile sull'attuazione del provvedimento adottato, nonché dell'andamento della spesa del personale.

L'assessore Palese ha ringraziato "la struttura tecnica del Dipartimento Salute per l'impegno profuso in questi mesi, grazie al quale è stato possibile fotografare in modo puntuale il personale in servizio nonché la platea di personale stabilizzabile.

Un risultato importante per la nostra Regione, che consente di dare certezza al Sistema sanitario pugliese, in un momento strategico di potenziamento della rete ospedaliera e territoriale".

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, Vito Montanaro, si ritiene "soddisfatto per il risultato raggiunto, frutto di un impegno rilevante della struttura tecnica, che ha consentito di mettere la



politica nelle condizioni di poter decidere consapevolmente.

Seguiremo con attenzione perché tutte le Direzioni Strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale possano dare puntuale applicazione alla deliberazione di Giunta, al fine di garantire uniformità di comportamento in tutte le province”.

Si tratta di un traguardo epocale in materia di superamento del precariato in sanità, aggiungono i sindacati di categoria.

“Un provvedimento importante che sancisce, a partire dal 1° gennaio 2023, la fine della precarietà per 3.333 persone tra medici, infermieri e operatori socio-sanitari che da anni prestano la propria opera con professionalità, abnegazione e passione al servizio della collettività per garantire ai pugliesi il diritto essenziale alla salute” sottolinea in un comunicato stampa la segreteria regionale di “Articolo Uno”.

“La delibera approvata dalla Giunta regionale rappresenta non solo la giusta risposta alla domanda

di una sanità efficace ed efficiente da parte dei territori, ma allo stesso tempo un traguardo importante per la comunità. La stabilizzazione a tempo indeterminato deve diventare sempre di più una garanzia per il futuro di uomini, donne e giovani, per la qualità del loro lavoro e della nostra sanità.

L’augurio è che quello di oggi sia solo un primo passo verso una maggiore e migliore programmazione in questo settore e che non si distolga mai l’attenzione dalle problematiche ancora irrisolte”.

“Questo provvedimento sia l’avvio di una nuova stagione per la Sanità pugliese, di un percorso virtuoso che possa potenziarla e, facendolo, migliorare l’offerta sanitaria per i cittadini in tutta la regione, in tutti i presidi sanitari, negli ospedali e sul territorio” fa eco Giuseppe Tupputi, consigliere regionale del gruppo “Con Emiliano”.

Un plauso al provvedimento della Giunta regionale arriva anche dal capogruppo di Forza Italia, Paride Mazzotta che, però, punta il dito sulla atavica mancanza di personale nelle strutture sanitarie pugliesi. “E’ sufficiente pensare alle condizioni dei pronto soccorso, costantemente in tilt proprio perché ci sono poche unità operative ad affrontare un numero relevantissimo di accessi.

Servono nuove assunzioni – sottolinea Mazzotta – anche alla luce dei nuovi ospedali che sorgeranno sul territorio regionale affinché non siano delle scatole ‘vuote’ e inutili. Ci aspettiamo, quindi, una programmazione seria da parte della Giunta regionale su questo fronte per potenziare il servizio offerto ai cittadini, ma anche per alleviare la pressione sui dipendenti in attività, costretti a turni di lavoro massacranti pur di assicurare, con grande responsabilità, le cure a chi ne ha bisogno”.



AUTONOMOUS SENSORY MERIDIAN RESPONSE: ASMR E LA SUA APPLICABILITÀ



Angelica
FIUME



Carmela
MARSEGLIA

Con milioni di video su YouTube e miliardi di visualizzazioni che crescono di ora in ora, è il fenomeno più imponente che abbiamo visto negli ultimi anni.

Lo chiamano ASMR “risposta sensoriale autonoma del meridiano” è un termine coniato nel 2010 per descrivere profonde sensazioni di rilassamento spesso accompagnate da un piacevole formicolio al cuoio capelluto. Anche i termini “formicolio cerebrale” e “orgasmo cerebrale” sono comunemente usati per descrivere queste sensazioni. L’ASMR è spesso stimolato da suoni gentili, tocco leggero e attenzione personale da parte di qualcuno con una disposizione premurosa. L’attenzione personale potrebbe provenire da qualcuno nella vita reale o da qualcuno in un video creato intenzionalmente, denominato video ASMR. I ricercatori ne indagano le dinamiche neurofisiologiche, azzardando ipotesi sulle future applicazioni cliniche e terapeutiche. Alcuni ricercatori hanno realizzato diversi studi per comprendere il suo potenziale beneficio, di come attenui stati depressivi e migliori l’insonnia e di come favorisca la riduzione di ansia e stress anche in applicazione per i piccoli pazienti. È una risposta comunemente descritta con una gamma di sensazioni e sentimenti specifici. Le sensazioni fisiche includono formicolii che dal cuoio capelluto possono fluire in altre aree del corpo. I sentimenti includono rilassamento, conforto, calma, sonnolenza, serenità, felicità e / o euforia. È fondamentale distinguere due termini alla base del fenomeno. TRIGGERS e TINGLES. I triggers sono gli stimoli sonori o visivi che scatenano quella sensazione di benessere e quei brividi piacevoli che provano le persone sensibili all’ASMR. Invece i tingles sono letteralmente i brividi.

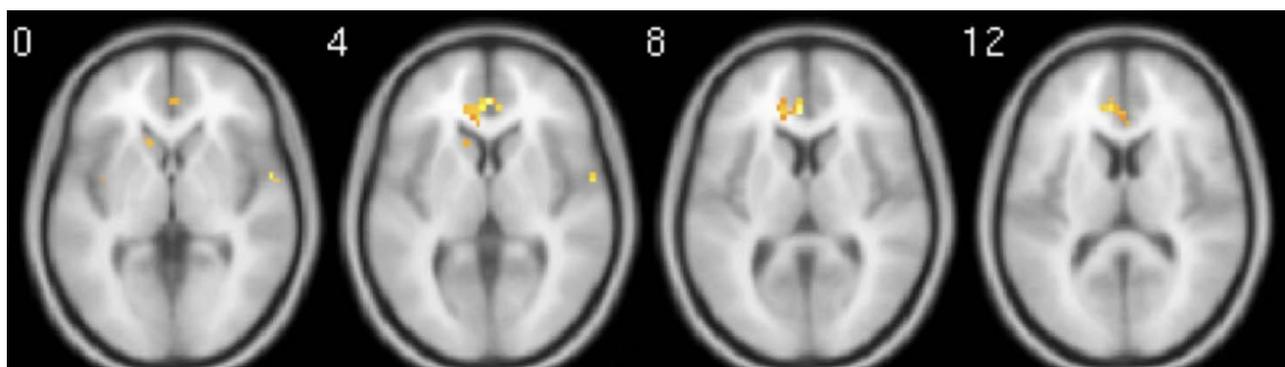
Nella metodologia di ricerca sono state raccolte ed esaminate fonti attraverso le seguenti parole chiave:

Autonomous Sensory Meridian Response, nursing, Dolore cronico, sulle banche dati PubMed, Science Direct e Scopus. Sono stati selezionati n.18 articoli che hanno dato un chiaro quadro generale del fenomeno e delle potenziali implicazioni terapeutiche/assistenziali. Tra questi riportiamo la sintesi di n. 5 articoli.

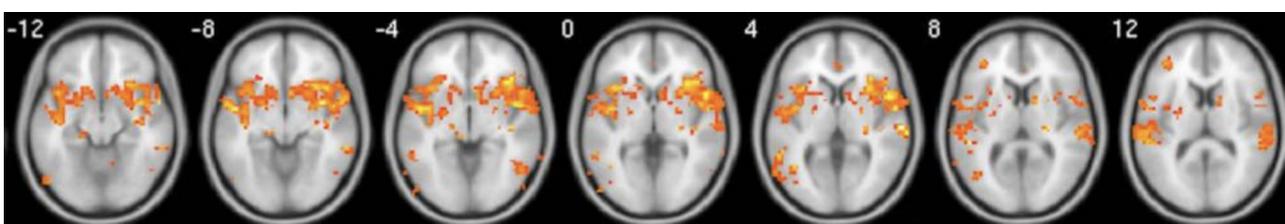
Tra i primi studi c’è l’indagine condotta da: 1) Barratt EL, Davis NJ. Autonomous Sensory Meridian Response nel 2015 che ha reclutato n. 475 partecipanti con età compresa tra 18 e 54 anni. L’82% dei partecipanti ha utilizzato l’ASMR per aiutarli a dormire, il 70% per affrontare lo stress, l’80% ha risposto positivamente sull’interazione con l’umore e 38 individui con dolore cronico hanno riferito che l’ASMR ha migliorato i loro sintomi.

Un interessante studio è stato condotto da: 2) Giulia Lara Poerio (2018). L’indagine si è divisa in due studi. Nello studio 1 i partecipanti hanno guardato tre video e successivamente hanno riportato la loro risposta affettiva e la relativa percezione del formicolio. Questi hanno affermato di aver percepito un aumento del formicolio, livelli aumentati di eccitazione e calma con riduzione di stress e tristezza. Lo studio 2 si è basato sul precedente, per approfondire la risposta fisiologica al fenomeno, sono state quindi registrate la frequenza cardiaca (-3,41 bpm) e il livello di conduttanza cutanea che è risultata aumentata durante il periodo di riferimento e durante la visione dei video ASMR.

Le ipotesi di partenza sono state confermate avvalorando la tesi e lo studio di: 3) Lochte et al (2018) cioè l’interessamento della corteccia cingolata anteriore (controllo dell’attenzione ed interazioni emotive), ipotalamo (rilascio di ormoni e risposte emotive incarnate) e nucleo accumbens (risposte di ricompensa). Uno studio basato sulla misurazione



Attivazione dell'intero cervello durante i momenti di relax in contrasto con i momenti di base. Le attivazioni sono state corrette FDR e sono state osservate solo nell'mPFC. Le immagini sono attivazioni cerebrali medie in tutti i soggetti.



Attivazione dell'intero cervello durante i momenti di formicolio in contrasto con i momenti di base. Le attivazioni sono state corrette per FDR e sono state osservate nell'mPFC, nonché in una varietà di regioni, in particolare intorno a NAcc e Insula. Le immagini sono attivazioni cerebrali medie in tutti i soggetti.

attraverso EEG eseguito da: 4) Katherine Fredborg et al. (2021), ha coinvolto 14 partecipanti sensibili ad ASMR e 14 partecipanti di controllo presentando loro 4 stimoli visivi e 4 stimoli uditivi di cui la metà specificatamente utilizzata per provocare ASMR e l'altra metà per non determinare alcun effetto. Le sessioni sperimentali sono state due; nella prima è stato eseguito l'EEG a riposo senza stimoli ASMR, mentre nella seconda è stato eseguito l'esame EEG a riposo in fase di stimolazione ASMR. Attraverso un EEG a 32 canali è stata monitorata l'attività cerebrale ed i suoi cambiamenti in risposta agli stimoli uditivi e visivi. "I risultati hanno indicato che gli stimoli ASMR, in particolare gli stimoli uditivi, hanno suscitato un aumento dell'attività dell'onda alfa nei partecipanti con ASMR auto-riferito, ma non nei partecipanti di controllo abbinati. Aumenti simili sono stati osservati anche nelle bande di frequenza associate al movimento (onde gamma e ritmo sensomotorio). Questi risultati sono coerenti con la fenomenologia riportata dell'ASMR, che coinvolge caratteristiche sia attenzionali che sensorie" (Fredborg et al. 2021).

Uno studio eseguito da: 5) Yoon e Baek (2022) si è basato sull'induzione del sonno attraverso la stimolazione sensoriale attraverso fonti sonore diverse, tra queste c'è anche la risposta autonoma del meridiano sensoriale. Esistono dei dispositivi indossabili per il monitoraggio del sonno basati sull'actigrafia. Questa metodologia si basa sulla misurazione della frequenza cardiaca e di come questa cambi in base

alla modulazione simpatica o parasimpatica del sistema nervoso autonomo potendo così riconoscere le varie fasi del sonno. Al momento sono in commercio alcuni dispositivi digitali per l'induzione del sonno basati sulla stimolazione uditiva.

Dal 2015 si è sviluppata un'ampia letteratura in ambito neuropsicologico che studia e dimostra la natura fenomeno dell'ASMR e le possibilità terapeutiche. Vari studi hanno evidenziato che: lo stato mentale di rilassamento tipico dell'ASMR sia simile a quello di mindfulness (Barratt, Davis 2015; Del Campo, Kehle 2016; Fredborg et Al. 2018); durante l'esperienza di ASMR il soggetto esperisca uno stato di apertura mentale e empatia (Clark, Smith, 2017; Fredborg et Al. 2017); dal punto di vista fisiologico è stata osservata una riduzione della frequenza del battito cardiaco (Poerio et Al. 2018, Marshall 2018, Lochte et Al. 2018). Per questi motivi l'ASMR è stata variamente proposta come una tecnica di riduzione dello stress priva di effetti collaterali (Barratt et Al. 2017; Poerio et Al. 2018, Cash et Al. 2018, Marshall 2018).

I potenziali benefici terapeutici dell'ASMR non sono ancora stati esplorati ma futuri studi clinici potrebbero prendere in considerazione tale pratica come trattamento rilassante per le forme lievi di insonnia e ansia e potrebbe divenire un valido supporto durante procedure diagnostiche anche in area pediatrica, ma anche un importante ausilio per affrontare il percorso terapeutico riducendo stati di malessere psicofisico.

Dispositivi e app per l'induzione del sonno basati sulla stimolazione uditiva rappresentativi sul mercato.

categoria di prodotto	nome del prodotto	Materiale sonoro	Funzioni aggiuntive	Foto
Macchina del suono	Suono + Sonno Mini	12 programmi audio, ciascuno con più opzioni per ambiente e complessità, per un totale di 48 impostazioni audio uniche (pioggia, acqua corrente, oceano, città, rumore bianco/rosa/marrone, ecc.)	Microfono integrato per ascoltare il tuo ambiente e regolare dinamicamente il volume in base ai livelli di rumore ambientale	
Macchina del suono	Lectrofan	12 suoni digitali unici per mascherare i rumori e una scelta tra 10 suoni di ventola elettrica e 10 variazioni di rumore bianco puro (comprese variazioni di rumore rosa e marrone)	Luce da lettura morbida senza sfumature blu affaticate	
Macchina del suono	Ripristino tratteggio	Libreria di suoni rilassanti (rumore bianco, oceano, pioggia, acqua, vento, uccelli, essiccatore, battito cardiaco, ecc.)	Sveglia dell'alba, luce intelligente, app per la meditazione e sveglia	
Macchina del suono	WAVE™	6 suoni rilassanti (rumore bianco, ventilatore, oceano, pioggia, ruscello e notte d'estate)	Porta USB con uscita 2A per caricare il dispositivo alimentato tramite USB	
Macchina del suono	Fittiamo T126L	14 suoni naturali (rumore bianco, onde oceaniche, grilli, rumore della ventola, stendibiancheria, uccelli, temporale, ruscello d'acqua, filastrocca)	Luce notturna calda	
Indossabile	Sonniferi	17 tracce audio con tecnologia binaurale beat (rumore colorato, cascata, flusso, onde, ecc.)	Per ascoltare musica e TV a letto di notte mentre il tuo partner dorme	
App	Pioggia Dormiente1	21 suoni della pioggia (pioggia nelle foreste, pioggia contro la finestra con vento, pioggia sul tetto del portico, acquazzone)	Timer di spegnimento programmabile	

BIBLIOGRAFIA

1. Barratt EL, Davis NJ. Autonomous Sensory Meridian Response (ASMR): a flow-like mental state. PeerJ. 2015 Mar 26;3:e851.
2. Barratt EL, Spence C, Davis NJ. sensory determinants of the autonomous sensory meridian response (ASMR): understanding the triggers. PeerJ. 2017 Oct 6;5:e3846.
3. Young J, Blansert I. ASMR. New York, NY: Penguin Random House; 2015.
4. Fredborg B, Clark J, Smith SD. An Examination of Personality Traits Associated with Autonomous Sensory Meridian Response (ASMR). Frontiers in Psychology. 2017 Feb 23;8:247.
5. Poerio GL, Blakey E, Hostler TJ, Veltri T. More than a feeling: Autonomous sensory meridian response (ASMR) is characterized by reliable changes in affect and physiology. PLoS One. 2018 Jun 20;13(6):e0196645.
6. Janik McErlean AB, Banissy MJ. Increased misophonia in self reported Autonomous Sensory Meridian Response. PeerJ. 2018 Aug 6;6:e5351.
7. Lee S, Kim J, Tak S. Effects of Autonomous Sensory Meridian Response on the Functional Connectivity as Measured by Functional Magnetic Resonance Imaging. Frontiers in Behavioral Neuroscience. 2020 Aug 27;14:154.
8. Lochte BC, Guillory SA, Richard CAH, Kelley WM. An fMRI investigation of the neural correlates underlying the autonomous sensory meridian response (ASMR). Bioimpacts. 2018;8(4):295-304.

L'INFERMIERE DI PROCESSO IN PRONTO SOCCORSO

Una nuova metodologia di umanizzazione ed efficienza assistenziale



Antonio
MANGIALARDO



Giovanni
SALVATORE

Questo nuovo ruolo si pone come figura di raccordo tra il triage, l'assistenza, l'informazione e il controllo del processo, agendo nelle fasi che caratterizzano il percorso del paziente in pronto soccorso.

Il pronto soccorso rappresenta il primo servizio a cui si rivolgono i cittadini con problemi di salute reputati urgenti o che non trovano immediata soluzione nei servizi territoriali.

Questo va a determinare spesso situazioni di sovraccollamento con lunghi tempi d'attesa, con ripercussioni negative sulla soddisfazione del paziente e dei professionisti sanitari stessi che si trovano ad operare in un clima di tensione.

Di fondamentale importanza per promuovere un cambiamento di scenario è necessario un ripensamento dei modelli organizzativi e l'aggiornamento e la formazione delle figure professionali che lo compongono, con l'obiettivo di gestire al meglio le situazioni di sovraccollamento e ridurre i tempi d'attesa. L'inserimento dell'"infermiere di processo" mira a migliorare e implementare il modello organizzativo attuale del pronto soccorso del Policlinico di Bari creando una funzione di supporto al paziente dal triage alla dimissione e/o ricovero, e una rete di collegamento tra i diversi professionisti di cura con l'obiettivo di ottimizzare i tempi d'attesa e la gestione

del processo.

Obiettivi:

gli obiettivi dell'infermiere di processo sono:

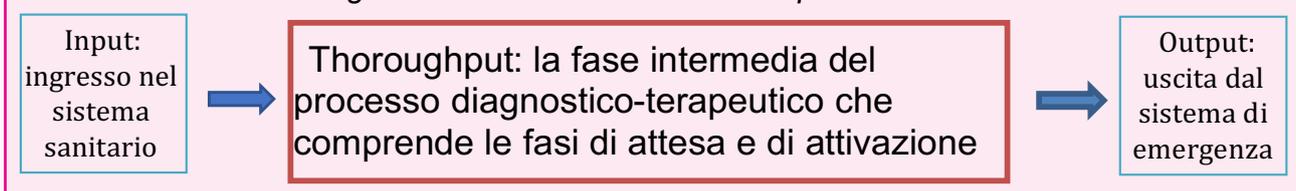
- facilitare il percorso dell'utenza in pronto soccorso orientando e coordinando il flusso dei pazienti;
- garantire maggiore sicurezza ai pazienti attraverso una rivalutazione sistematica delle loro condizioni cliniche e del codice di priorità assegnato;
- garantire continuità nella presa in carico del paziente in pronto soccorso;
- aumentare la soddisfazione dei pazienti e quindi la qualità percepita;
- mantenere informati i familiari o i caregiver relativamente alle condizioni del paziente;
- diminuire i tempi d'attesa attraverso un puntuale coordinamento dei percorsi interni del ps;
- aumentare la sicurezza e la soddisfazione degli operatori.

Come raggiungere questi obiettivi?

L'infermiere di processo è in grado di orientare i pazienti nei vari ambulatori, in un continuo confronto con i colleghi atti al triage, prendendoli in carico nei momenti di attesa, monitorandoli, controllandoli, e rivalutandoli.

L'infermiere di processo è come figura intermedia,

Facendo riferimento ad uno dei modelli di flusso del sistema di emergenza ASPLINETAL 2003 che prevede



L'esperienza dell'UO ME.CH.A.U. del POLICLINICO DI BARI
 Il nuovo modello organizzativo prevede un percorso assistenziale ben definito del paziente:



in grado di garantire un'integrazione all'interno di tutto lo staff del pronto soccorso, dai medici agli oss, al fine di raggiungere un elevato standard di accoglienza e di gestione in sicurezza del percorso di cura.

Questa innovazione professionale rappresenta il cardine su cui si è sviluppata la valorizzazione di ruoli e competenze del personale infermieristico, realtà che costituisce nella sua unicità elemento di prestigio per l'intero sistema di sviluppo del modello per intensità di cure. Nello specifico è un ruolo di natura prettamente organizzativa in cui ammissione, trasferimento tra setting e continuità alla dimissione rappresentano il fulcro delle competenze.

Importante caratteristica dell'infermiere di processo è l'acquisizione della no technical skills, tecniche relazionali per permettere di capire «le spinte emozionali» proprie e dell'interlocutore. Fondamentale

globalmente la fase assistenziale e, a volte, renderla più fluida e veloce.

L'infermiere di processo si interfaccia in parti colare con un'altra figura professionale di recente introduzione: "il medico del NAA".

Tale figura, identificata dal direttore tra i sanitari con consolidata esperienza nell'ambito dell'emergenza e comprovate capacità di coordinamento, collabora con l'infermiere di processo nella valutazione-gestione di situazioni di criticità-iperafflusso, intercetta casi di difficile gestione in collaborazione col bed management e quindi la disponibilità di posti letto e interviene nella gestione di criticità sia in fase di input che di output.

Per aver un riscontro diretto della nuova figura sull'assistenza al paziente è stato sottoposto un questionario di gradimento (138 questionari compilati).

“Di fondamentale importanza per promuovere un cambiamento di scenario è necessario un ripensamento dei modelli organizzativi e l'aggiornamento e la formazione delle figure professionali che lo compongono, con l'obiettivo di gestire al meglio le situazioni di sovraffollamento e ridurre i tempi d'attesa”

è «l'ascolto incondizionato», che deve resistere alle distrazioni ed ai pregiudizi, e la capacità di mediare, strumenti utili ad evitare conflitti.

INFERMIERE DI PROCESSO” prende in consegna i pazienti valutati dall'infermiere di triage e si confronta con i colleghi e i medici dell'area di trattamento per organizzare al meglio la fase di presa in carico tempi, eseguire la rivalutazione in caso di attesa protratta, interfaccia con altre figure quali 118, parenti, consulenti etc., con l'obiettivo di migliorare

Che hanno evidenziato una percentuale dell'81% di commenti positivi riguardati l'assistenza nelle aree d'attesa e la capacità di gestione delle criticità da parte dell'infermiere di processo. Una percentuale del 16% che giudica l'assistenza sufficiente e per un restante 3% non sufficiente.

Questo va ad avallare la bontà del nuovo modello assistenziale ponendo attenzione alle problematiche evidenziate, per rendere ancora più funzionale il percorso del paziente in pronto soccorso.

BIBLIOGRAFIA

1. X congresso nazionale SIMEU – abstracts comunicazioni libere: Effect of a senior nurse as flow processing manager / triage liaison provider on patient throughput in a university emergency department. Gianni Vitale, Sauro Canovi, U.O. Pronto Soccorso, Policlinico Sant'Orsola – Malpighi, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna.
2. See&Treat Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso. Ed. Giunti 2012.
3. Giardi G., G.F.T., Triage infermieristico, McGraw-Hill, te.
4. AA.VV., Manuale di formazione Triage, Dipartimento Emergenza/Urgenza Azienda USL di Bologna, Area Nord.
5. Nuovi standard per i Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna Bologna 13 Maggio 2019.

IL PRELIEVO EMATICO PER EMOGASANALISI

Corretta procedura operativa per l'esecuzione dell'EGA attraverso prelievo con puntura diretta da arteria radiale



Chiara
PERNIOLA



Michele
FIGHERA

Ogni cellula del corpo umano ha bisogno di ossigeno per vivere. Attraverso gli atti respiratori i polmoni immettono l'ossigeno nel sangue ed espellono l'anidride carbonica.

Questo processo (chiamato scambio di gas) fornisce l'ossigeno di cui l'individuo e tutte le cellule hanno bisogno per sopravvivere.

L'emogasanalisi arteriosa (EGA) è un esame del sangue invasivo che si effettua da un'arteria periferica. Il campione viene prelevato, in genere, dall'arteria radiale o, più raramente, dall'arteria brachiale o da quella femorale e serve a misurare e quindi a fornire informazioni relative ai valori dei gas ematici disciolti nel sangue cioè livelli di ossigeno e di anidride carbonica presenti nel sangue, al pH del sangue (stato di acidità del sangue: valori entro un range di 7.35- 7.45) al contenuto di bicarbonati (HCO₃), all'eccesso di basi, oltre ad altri valori di esami ematochimici (emoglobina, carbossemoglobina, glucosio, elettroliti).

- Dal pH ematico si ottengono dati sul grado di acidosi o alcalosi che può essere di origine respiratoria o metabolica.
- La pCO₂ è un indice di ventilazione alveolare.
- Il bicarbonato è indice di coinvolgimento metabolico.
- La pO₂ indica lo stato di ossigenazione del sangue, base per la valutazione della ossigenazione tissutale, unitamente alla saturazione in ossigeno della emoglobina.

Viene di solito prescritto dai medici in tutti i casi in cui si vuole verificare la presenza e l'entità di un'insufficienza respiratoria o uno scompenso dell'equilibrio acido base. Può essere eseguita anche per valutare l'efficacia di una terapia, in particolare la somministrazione di ossigeno.

La procedura per l'emogasanalisi arteriosa richie-

de pochi minuti, è semplice e non richiede particolari preparazioni, non viene richiesto di essere a digiuno, non è necessaria la sospensione di eventuali terapie in corso. Importante è prestare particolare attenzione e quindi chiedere al paziente, prima di effettuare l'emogasanalisi arteriosa, se assume farmaci che interferiscono con la coagulazione (terapia anticoagulante orale - TAO, pazienti affetti da coagulopatie). Invitare il paziente ad assumere una posizione comoda (a sedersi o sdraiarsi o supino), in relazione alla sede di prelievo ed alle condizioni cliniche del paziente stesso, appoggiare l'avambraccio sulla base rigida, può essere utile un supporto sotto al polso, procedere, quindi, alla preparazione della zona cutanea sede di prelievo ed effettuare il prelievo senza necessità di laccio emostatico attraverso un'apposita siringa.

Al termine del prelievo arterioso, effettuare una fasciatura di tamponamento (bendaggio compressivo) che va mantenuta per almeno 10-15 minuti. Infatti, nei casi in cui non sia stato mantenuto adeguatamente il bendaggio compressivo o in pazienti scoagulati, può verificarsi un'emorragia sottocutanea con conseguente ematoma nella sede del prelievo. Il paziente deve rimanere sotto osservazione, per almeno 10-15 minuti, presso l'ambiente dove si è effettuato il prelievo.

Verificare se il paziente in occasione di precedenti prelievi ematici è andato incontro a episodi lipotimici. L'esame può essere leggermente doloroso.

Il risultato dell'esame viene fornito, solitamente, nella stessa seduta del prelievo entro 30 minuti.

Per il paziente che esegue ossigenoterapia, si deve indicare la condizione terapeutica in cui si deve eseguire l'esame: con o senza ossigeno.

Comunque, prima di effettuare la puntura arteriosa è fondamentale valutare l'afflusso di sangue alla



mano e alle dita, in particolare valutare la pervietà dell'arteria ulnare e radiale tramite il test di Allen, che per la sua esecuzione non sono richiesti particolari dispositivi medici. Opportuno effettuare il test di Allen per verificare se vi è un flusso collaterale attraverso l'arteria ulnare. Il test di Allen è una valutazione non invasiva dell'irrorazione, da parte dell'arteria ulnare o radiale, della mano interessata. Al fine di evitare eventuale non irrorazione sanguigna della mano e l'eventuale conseguente ischemia che potrebbe causare una necrosi, è buona prassi verificare, attraverso test non invasivi, il buon funzionamento e la pervietà dell'altra arteria che porta il sangue alla mano.

Un prelievo o accesso arterioso è una procedura invasiva. L'arteria ulnare, si trova verso il lato interno, e l'arteria radiale, verso il lato esterno. Entrambe originano dall'arteria brachiale.

L'arteria radiale è facilmente palpabile e identificabile e si può pungere facilmente.

È più facile da isolare a livello del polso rispetto ad altre sedi perché il polso può essere iperesteso e l'iperestensione rende superficiale e stabilizza l'arteria. Il paziente deve posizionare il braccio preso in esame verticalmente rispetto al proprio corpo.

Si invita il paziente a stringere con forza in pugno di una mano per circa 30 secondi, l'operatore sanitario deve effettuare una pressione tale da occludere entrambe le arterie (sia l'arteria ulnare che quella radiale) contemporaneamente con le dita. Mentre continua la compressione arteriosa, chiedere al paziente di riaprire il pugno e allargare le dita, e rivelare se il palmo e le dita della mano sono pallide. Quindi, rilasciare la compressione dell'arteria ulnare mantenendo la compressione dell'arteria radiale. Se la mano e le dita sul lato radiale si riprofondono entro 5-7 secondi, la circolazione collaterale è valutata adeguata, l'arteria che viene rilasciata risulta pervia e ben funzionante. Se invece il tempo impiegato va oltre i 7 secondi allora tale arteria non è del tutto pervia. Eseguire nello stesso modo il test anche per l'altra arteria.

In conclusione si evidenzia che il Consiglio Superiore di Sanità, nella Seduta del 23 giugno 2005, tenuto conto che l'infermiere possiede le conoscenze teoriche necessarie apprese nel percorso formativo base:

- la tecnica del prelievo arterioso è appresa in ambiente appropriato e protetto;
- la tecnica una volta appresa in modo corretto diventa una tecnica di competenza;
- l'apprendimento riguarda anche la prevenzione delle complicanze ed il loro trattamento;

esprime parere favorevole riguardo all'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere, sia in ospedale, sia in ambulatorio che nell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) semplice e complessa, ponendo, però, due condizioni essenziali che vincolano l'attuazione di questa procedura specifica:

1. L'infermiere deve avere acquisito la completa competenza, secondo la normativa vigente (L. 42/1999 art. 1 punto 2 comma 2) e secondo le modalità definite dal profilo professionali, ordinamenti didattici e codice deontologico.
2. L'esistenza nella struttura sanitaria di riferimento di un protocollo operativo condiviso ed approvato, in grado di:
 - assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi;
 - garantire l'adozione di ogni utile misura di prevenzione delle complicanze e del necessario trattamento nonché la tempestiva gestione dei rischi connessi.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://www.ospedaleniguarda.it/esami-di-laboratorio/info/120/EMOGASANALISI-arteriosa>.
2. <https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/appunti-concorsi-il-test-di-allen>.
3. <https://deltamed.pro/news/test-di-allen-emogasanalisi>.
4. <https://www.empillsblog.com/test-di-allen-dubbi-e-perplexita/>.
5. http://www.opicomo.it/documenti/art_9_32.pdf.

DIMISSIONI PROTETTE

Una proposta operativa per i Professionisti dell'Assistenza Infermieristica



Cosimo
DELLA PIETÀ

1^a parte

Il presente articolo si pone l'obiettivo di realizzare un percorso assistenziale definito, "dimissioni protette" che vede coinvolti i malati con patologie croniche (SLA, Ictus cerebri, traumatizzati, patologie neurodegenerative, ecc...) che dall'ospedale, in modo particolare dai reparti di terapia intensiva, sono dimessi al proprio domicilio.

Si intende costruire una procedura operativa per coordinare gli interventi dei servizi sanitari e sociali, interessati a garantire la continuità della presa in carico globale del paziente al momento della dimissione. Tale passaggio vede coinvolte diverse figure professionali con competenze specifiche, medici ospedalieri, medici del distretto, infermieri ospedalieri, infermieri ADI, OSS, assistenti sociali, MMG, ecc ... , che insieme devono integrarsi per un fine comune. Si vuole descrivere un percorso che accompagni il Caregiver, il malato e la sua famiglia, verso l'acquisizione di quelle competenze, per svolgere al meglio il loro ruolo e alla costruzione e definizione di un ambiente domiciliare adatto allo scopo. Definire il ruolo dell'Infermiere ADI che prenderà in carico il malato, i suoi rapporti di collaborazione con l'Infermiere Case Manager ospedaliero, e altri professionisti e operatori sanitari.

Questo per garantire omogenee modalità di presa in carico dei pazienti ricoverati, che necessitino di continuità delle cure alla dimissione. Offrire risposte adeguate alla complessità dei bisogni dei malati che si rivolgono ai servizi ospedalieri. Sviluppare l'integrazione tra servizi sanitari e sociali ospedalieri e territoriali, per ridurre i ricoveri impropri e i tempi di degenza, aumentare i livelli di appropriatezza assistenziale, agevolare l'intervento dei servizi territoriali dopo la dimissione dall'ospedale. Inoltre, si descriveranno alcuni approcci teorici utilizzati per de-

finire la famiglia e le sue dinamiche socio relazionali, nell'affrontare la malattia e l'eventuale passaggio al domicilio di un proprio componente.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare è definita come un servizio di sostegno finalizzato a fornire assistenza a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti affetti da patologie croniche o post acute, trattabili a domicilio e inserite in un contesto familiare o sociale capace di collaborare e di integrarsi con il servizio stesso.

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'assistenza domiciliare come "la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".

Possiamo affermare che l'assistenza domiciliare, oltre ad offrire un'ottima alternativa a una lungodegenza ospedaliera, permette alla persona e alla famiglia che la circonda e supporta, di partecipare in maniera attiva al raggiungimento degli obiettivi pianificati con i professionisti durante il percorso assistenziale, offrendo agli operatori una buona opportunità di autonomia e sviluppo professionale.

Sempre più persone si rendono conto che la salute non è un bene sempre presente ed eterno e che le migliorate condizioni di vita (alimentari, abitative, lavorative e così via) e la scoperta di cure mediche efficaci nei confronti di numerose patologie acute (come malattie infettive, traumi o patologie chirurgiche) hanno comportato sia l'allungamento dell'età sia la prevalenza di malattie ad andamento cronico, situazioni che, entrambe, influenzano la vita delle persone, talora pesantemente.

A fronte di maggiori prospettive di benessere, c'è stato un proporzionale aumento dei livelli di dipendenza di una parte sempre maggiore di popolazio-

ne; pertanto, oggi è necessario spostare l'attenzione dai concetti di guarigione e ripristino dell'efficienza fisica e mentale (spesso irraggiungibile) al concetto di mantenimento di un maggiore livello di autosufficienza e di qualità della vita. Per questo è importante promuovere l'infermiere dell'assistenza domiciliare come infermiere di comunità che si prenda cura, nella sua globalità, della famiglia, vista come soggetto fondante in una alleanza.

Cure Domiciliari: Primo passo alternativo al ricovero ospedaliero

I complessi bisogni assistenziali di una popolazione sempre più anziana e meno autosufficiente, e l'attenzione crescente per la qualità della vita e la necessità allo stesso tempo di un rigoroso controllo delle spese sanitarie e di un nuovo orientamento degli accessi ospedalieri verso condizioni di emergenza-urgenza non gestibili a livello territoriale, hanno portato alla ricerca di nuove forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

Nel tentativo di coniugare le aspettative dei cittadini con le limitate risorse disponibili ed i vincoli finanziari, il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani", stralcio dal piano sanitario nazionale 1991-95, e varie normative regionali hanno individuato nella assistenza domiciliare (AD) una valida risposta ai bisogni di cura, riabilitazione ed assistenza legati alla non autosufficienza. L'AD è, in riferimento al piano sanitario dell'OMS per l'Europa, una attività di assistenza sanitaria primaria (ASP) e in riferimento al piano sanitario 1994-96, una attività di assistenza sanitaria di base.

L'Assistenza Domiciliare si definisce come una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata a domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di garantire cure appropriate, da parte del medico di famiglia e di altri operatori (medici, infermieri, OSS, terapisti della riabilitazione, operatori sociali) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.

L'obiettivo delle cure domiciliari è mantenere la persona assistita presso il proprio domicilio garantendo continuità assistenziale, favorire il recupero delle capacità di autonomia e di relazione, migliorare la qualità di vita e sostenere i familiari nel percorso di cura.

Il medico di famiglia è responsabile dell'assistenza primaria con l'impostazione di un programma diagnostico-terapeutico ed eventualmente riabilitativo. E' inoltre responsabile dell'assistenza a domicilio che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o malati cronici, di pazienti dimessi da ospedali, di pazienti in fase avanzata di malattia, coordinando l'assistenza domiciliare.

Il medico responsabile delle attività sanitarie di-

strettuale valuta, in accordo con il medico di famiglia, le necessità assistenziali a domicilio e concorre, in integrazione con gli infermieri, alla definizione dei piani individuali di assistenza domiciliare.

L'infermiere domiciliare è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica (preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa) è di natura tecnica, relazionale, educativa, rivolta a persone di tutte le età. L'infermiere identifica i bisogni assistenziali della persona in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, pianifica l'intervento assistenziale. Il progetto di assistenza domiciliare può realizzarsi solo con la collaborazione attiva della persona e dei suoi familiari che sono coinvolti nell'assistenza con compiti definiti di cui accettano di condividere la responsabilità.

Gli obiettivi che il Servizio si propone sono:

- Fornire a domicilio tutti gli interventi professionali necessari per la sua attuale condizione di salute;
- Sostenere le capacità di auto-cura dell'individuo e della famiglia, che rappresentano il contributo continuo alla propria esistenza, alla propria salute e al proprio benessere, trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento.

L'intervento a domicilio è subordinato alla impossibilità della persona, per motivi sanitari, di recarsi presso le sedi ambulatoriali. Tale situazione può essere variabile nel tempo.

La presa in carico e la ricerca di una alleanza assistenziale

Si definisce presa in carico l'assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere nei confronti di una persona che ha bisogno di una risposta in termini di sostegno e trattamento, tramite la formulazione di un progetto assistenziale. La presa in carico inizia nel momento in cui la persona, o suo rappresentante, fa richiesta di un intervento, e si rivolge ad un professionista per risolvere un bisogno assistenziale.

La presa in carico è la fase in cui si conosce direttamente la persona e l'ambiente fisico e socio familiare in cui vive; si mettono le basi per costruire un rapporto di fiducia fra infermiere e assistito, fra l'equipe, la persona e la sua famiglia. La presa in carico della persona è globale, si prendono in considerazione non soltanto i problemi fisici ma anche quelli psicologici, sociali, familiari e ambientali. La presa in carico necessita di un'interazione tra professionista e assistito, attuazione di una pianificazione dell'assistenza, educazione della persona e dei suoi familiari, individuazione e attivazione delle risorse familiari e non. Per tutto questo è necessario l'integrazione fra gli operatori dei vari servizi.

La presa in carico non comprende solo aspetti prettamente assistenziali, ma comprende anche tutto ciò che riguarda l'educazione della persona e della sua famiglia, soprattutto nel momento della dimissione ospedaliera e a livello dell'assistenza domiciliare.

L'educazione sanitaria consiste in una varietà di esperienze di apprendimento progettati per promuovere comportamenti che facilitano la salute. L'educazione sanitaria è importante nell'assistenza infermieristica, in quanto può influenzare la capacità di individui e famiglie di attuare comportamenti che conducono a una cura di sé ottimale.

Le persone affette da malattie croniche sono coloro che oggi maggiormente necessitano di educazione sanitaria. L'educazione sanitaria può aiutare questi individui ad adattarsi alla malattia, a prevenire le complicanze, a eseguire la terapia prescritta e a risolvere problemi che derivano dal misurarsi con nuove situazioni. Può anche prevenire situazioni critiche e ridurre la riospedalizzazione derivante da inadeguate informazioni sulla cura di sé. Lo scopo dell'educazione sanitaria è quello di insegnare alle persone a vivere al meglio con i loro problemi di salute, raggiungendo comunque il loro massimo potenziale di salute.

Nella moderna accezione di assistenza infermieristica, la funzione assistenziale e la funzione educativa sono strettamente collegati e dipendenti l'una dall'altra, in quanto la persona ha diritto a ricevere, accanto alle prestazioni assistenziali, anche un'educazione alla conoscenza e alla modalità di soluzione dei problemi di salute, in modo da arrivare quanto prima ad una autonoma gestione degli stessi. Educare l'assistito quindi vuol dire renderlo autonomo, aiutarlo a trasformare la realtà in cui vive, aiutarlo ad adattarsi ad un nuovo stile di vita necessario per convivere con la malattia che spesso ha un andamento cronico.

Facendo un esempio, osservazioni recenti, hanno riconosciuto due diversi modi con cui, solitamente, il caregiver apprende le tecniche assistenziali:

- da solo, con un'esperienza progressiva nel tempo, assistendo un familiare;
- tramite osservazione diretta durante il periodo di degenza ospedaliera e successiva sperimentazione a casa.

Entrambi questi approcci possono sviluppare comportamenti errati, sia per l'assistente che per l'assistito; in particolare, nell'auto-apprendimento comporta più fatica del necessario per acquisire le migliori modalità assistenziali, mentre per l'apprendimento tramite osservazione le tecniche ospedaliere spesso non sono perfettamente trasmissibili a domicilio.

Importante, quindi, da parte dell'infermiere promuovere un'assistenza adeguata e un'educazione mira-

ta a carico dei familiari per promuovere comportamenti adeguati e che limitano anche l'affaticamento della persona che si fa carico dell'assistenza (caregiver).

L'educazione assistenziale non è solo comunicazione pura e semplice delle informazioni necessarie per la comprensione della malattia e l'esecuzione di azioni preventive e delle prescrizioni, ma è un difficile processo formativo che deve saper indurre nell'assistito un atteggiamento collaborativo e motivato, che deve incitare la persona ad usare le sue conoscenze e le sue abilità per riuscire ad autogestirsi.

La non accettazione della patologia e la mancata ricerca da parte del sanitario di una relazione di fiducia, influisce sul rifiuto da parte dell'assistito di collaborare ed apprendere le indicazioni che l'infermiere elargisce per l'autocura della persona.

Le aziende sanitarie privilegiano spesso la cura per patologie acute (tipicamente in ambito ospedaliero) a discapito dei servizi di assistenza / sostegno domiciliare e di educazione sanitaria alla popolazione, ma la riduzione delle giornate di degenza e la dimissione precoce, ha caricato le famiglie di ulteriori compiti assistenziali, e le aziende hanno iniziato a valorizzare anche l'aspetto dei servizi di sostegno alla persona a domicilio e alla famiglia. Di fatto si richiede che diverse tecniche assistenziali siano effettuate a domicilio dai familiari ma, spesso, senza valutare le loro conoscenze o abilità d'esecuzione, tanto che molte famiglie si trovano nella situazione di voler assistere i propri congiunti a domicilio ma non se ne sentono pienamente capaci. Anche se le competenze per assistere un malato si sono diluite nel tempo, il desiderio di prendersi cura di un congiunto è rimasto sempre forte nelle persone. Questa dissonanza tra desiderio di partecipare alla gestione della malattia del proprio congiunto e l'incapacità di poterlo realmente fare, per mancanza di conoscenze e abilità di base, è la maggior fonte di stress per il familiare che si prende cura di un'altra persona.

Purtroppo, di solito, si prende atto di queste carenze assistenziali davanti al fatto compiuto, cioè quando un familiare si ammala (spesso con rapido declino delle capacità fisiche e psichiche); al contrario, quando tutti i componenti di una famiglia sono in salute, si pensa erroneamente che alcuni comportamenti assistenziali, quali muovere, lavare, imboccare, siano quasi innati. Importante risulta per la presa in carico, la ricerca di un'alleanza assistenziale rivolta non solo alla persona assistita, ma soprattutto per la ricerca di una cooperazione con i familiari. Chi sta vicino alla persona, chi svolge il ruolo di caregiver, può costituire una risorsa terapeutica molto utile in tutte le fasi dell'intervento assistenziale. Questo è molto importante in quanto la ma-

lattia dell'assistito, non riguarda solo lui ma anche quella rete sociale che lo circonda e coinvolge inevitabilmente anche la famiglia. Questo può provocare sconvolgimento delle relazioni, nell'organizzazione e nei ruoli. E' un momento delicato in cui il personale sanitario deve attivarsi e interessarsi alla relazione con la famiglia dell'assistito e creando soprattutto una complicità diretta con l'assistito, allo scopo di creare una relazione di fiducia e conoscenza valida sia sul piano umano che educativo.

A livello territoriale, per ogni assistito viene individuato un Case Manager, solitamente individuato tra gli infermieri, che all'interno dell'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) stila il piano assistenziale condiviso con l'assistito e la sua famiglia.

Lo scopo principale della ricerca di un'alleanza assistenziale con la persona e la famiglia è:

- sostenere e mantenere l'autonomia: per mantenere l'indipendenza funzionale, non sostituendosi alla persona ma educandola ed aiutandola a sviluppare le proprie risorse;
- evitare conflitti ma favorire il confronto e l'elaborazione di esperienze;
- costituzione di un ambiente protesico: creando un ambiente adatto alle esigenze e bisogni dell'assistito;
- proporre compiti semplici e reali;
- mantenere un contatto con i familiari e fornirgli sostegno in modo da favorire l'aumento dell'autostima e la diminuzione del senso di impotenza, evitando risposte inefficaci dei familiari ver-

so il proprio caro, e ambiente inefficace, migliorando la qualità di vita.

L'assistenza infermieristica consiste essenzialmente nell'assumere come problema non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze fisiologiche, psicologiche e sociali sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata, considerata secondo una chiave di lettura olistica. In tale ottica assume rilevanza la qualità della relazione e della comunicazione. L'infermiere svolge una funzione di supporto e terapeutica attraverso la relazione, efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia ed all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé.

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, deve favorirne i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza.

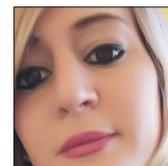
Il raggiungimento di un'alleanza assistenziale permette l'attuazione di un "totalcare" della persona. L'alleanza rappresenta un rapporto collaborativo e si stabilisce tra assistito e infermiere, ovvero si crea una dimensione interattiva, riferita alla capacità di entrambi di sviluppare una relazione basata su fiducia, rispetto, collaborazione al lavoro comune. In definitiva questo permette anche di effettuare una miglior educazione dell'assistito, guidandolo anche nello sviluppo delle proprie potenzialità, e delle capacità residue (capacità rimaste integre successivamente all'esito di una malattia).

BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV., "Indagine sulla salute degli anziani", Dicomano, 1988.
2. ASL 10 Firenze, "Attività infermieristica domiciliare della città di Firenze", Firenze, 1996.
3. Becchi M.A. e Carri E.B., "Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare. Linee guida in conformità alle Norme ISO 9000", Franco Angeli, Milano, 1998.
4. Bollettino Ufficiale della regione Puglia, n. 148 del 13/11/2006.
5. Calamandrei C, Orlando C. La dirigenza infermieristica, manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. Ed. McGraw-Hill, seconda ed.
6. Calvo V. "il colloquio di counseling. Tecniche di intervento nella relazione di aiuto". Bologna, Il Mulino – Aspetti della Psicologia, 2007.
7. Cascioli S., "L'assistenza agli anziani. Il processo di programmazione e gli strumenti manageriali a supporto", Franco Angeli, Milano, 2001.
8. D.G.R. 26-10669 del 2-2-2009 (Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva" ad integrazione della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002).
9. D.G.R. Piemonte 41-5952 del 7 maggio 2002 (Linee guida regionali per la realizzazione del nuovo modello integrato del servizio di cure domiciliari, modulato su livelli di intensità delle cure domiciliari sanitari e sociali che devono essere erogate in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali espressi dalle persone).
10. D.G.R. Piemonte 72-14420 del 20 dicembre 2004 (Percorso di Continuità assistenziale per anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente all'interno di una rete di servizi).
11. D.G.R. Piemonte 13-14538 del 10 gennaio 2005 (Linee guida per la ventilazione meccanica domiciliare a pressione positiva e le dimissioni protette del paziente pediatrico con insufficienza respiratoria cronica).
12. www.ant.it
13. www.apss.tn.it
14. www.aslto2.it
15. www.aslto4.it
16. www.cittadellasalute.to.it
17. www.disabili.com

GENERAZIONI CULTURALI

Turnover del personale: come ridurlo



Angela
SARDELLA

Quando parliamo di generazioni miriamo a distinguere gruppi di persone in base al loro anno di nascita e per riassumere il modo di pensare, di agire, i desideri, le mode e i problemi di una categoria di persone che sono nate in un determinato periodo.

In sociologia, con il termine generazione si identifica un insieme di persone che è vissuto nello stesso periodo ed è stato esposto a eventi che l'hanno contraddistinto.

Nel mondo del lavoro, oggi, possiamo individuare le seguenti tipologie di generazioni:

- Silent Generation: nati tra il 1925 e il 1945.
- Baby boomer: nati tra il 1946 e il 1964.
- Generazione X: nati tra il 1965 e il 1980.
- Millennial: nati tra il 1981 e il 1996.
- Generazione Z o gli Zoomers (il termine si è sviluppato in piena pandemia e deriva dall'utilizzo della piattaforma Zoom per la didattica a distanza): sono, di fatto, i ragazzi nati dopo il 1996.

Sicuramente ogni generazione ha diversi punti di forza e di debolezza e le differenze negli stili di vita e nelle aspettative a volte possono creare tensione, soprattutto sul luogo del lavoro. Gli Zoomers sono chiamati anche face-down, a causa del loro essere sempre con lo sguardo rivolto allo smartphone, pensano che il loro mondo sia unicamente la rete social network e di conseguenza sviluppando un se sociale, costruito sui feedback ricevuti attraverso i social. Sono alla ricerca di ricompense digitali come fonte di benessere e di successo sociale. Tutto ciò a causa della limitazione dei rapporti affettivi, dell'annullamento delle occasioni di ritrovo e dello stress dovuto all'isolamento, situazioni che hanno fortemente privato, detta generazione, di consuetudini tipici dell'età adolescenziale e delle prime esperienze di vita adulta. Ne periodo della pandemia da

SARS-CoV2/COVID19 tale generazione ha sperimentato un forte senso di impotenza e incertezza rispetto al futuro che, comunque, li ha messi di fronte a una realtà (la malattia) ritenuta distante a quell'età; anche il Sistema Sanitario è stato messo sotto una pressione senza precedenti. Per quanto riguarda le attività lavorative, la Generazione X è ormai in piena attività lavorativa, mentre chi appartiene alla Silent Generation e molti Baby Boomer sono in pensione, quindi, si trovano in una fase in cui lasciano il posto di lavoro alle nuove generazioni, in particolare ai Millennials che, specialmente nel settore sanitario ancora faticano ad inserirsi stabilmente. Da un lato i veterani che devono andare via e affidare, tutto ciò che hanno fatto in tanti anni di lavoro, alle nuove generazioni, dall'altro i nuovi arrivati che devono accogliere quello che hanno fatto le nuove generazioni e integrarlo con le innovazioni dei propri tempi. Sicuramente cresciuti in mondi molto diversi tra di loro, si differenziano per ideologie diverse e per differente visione del mondo che li circonda.

- I Baby Boomer sono i nativi analogici. Molti faticano a tenere il passo con l'avanzamento tecnologico e digitale. Infatti molti di loro usano poco internet, comunicano tramite il telefono e prediligono la televisione ad altri media. Hanno avuto la fortuna di poter vivere il boom economico degli anni "50" e "60" e hanno, nel mondo del lavoro, indubbiamente molta più esperienza delle altre generazioni. Economicamente sono più stabili e ormai sono arrivati al momento di pensare alla pensione.
- I Millennials sono i primi nativi digitali perché sono cresciuti insieme alla digitalizzazione e all'evoluzione tecnologica. Economicamente sono instabili a causa delle crisi economiche degli ultimi anni, infatti, sono orientati alla con-

divisione di case, di mezzi e della propria vita tramite i social. Sono sempre connessi, per comunicare, e preferiscono alla classica telefonata altri mezzi come messaggi, mail, chat.

Considerando tale situazione, alcuni vedono il coinvolgimento delle nuove generazioni con timore perché pensano che potrà modificare l'equilibrio raggiunto negli anni ed il modo di gestire il lavoro. L'ingresso nel modo del lavoro delle nuove generazioni è visto come un momento di totale trasformazione, invece si dovrebbe integrare il meglio del nuovo, con il meglio del vecchio. Ciò che sino ad ora ha dato risultati ottimali deve continuare ad esistere, anzi deve proseguire a funzionare in futuro, integrando tutto ciò che le nuove generazioni hanno da offrire. I problemi più grandi nascono sempre tra le persone. Infatti, ad esempio, un pc che non funziona lo si può riparare, un prodotto difettoso lo si può sostituire, ma un rapporto tra individui "malato" è molto difficile e molto lungo da curare, se non con rimedi molto drastici, che con molta probabilità faranno nascere altre complicanze in futuro. Per esempio, se si trasferisce un lavoratore è molto probabile che ci sarà una parte degli altri lavoratori d'accordo e un'altra in disaccordo, che determinerà situazioni conflittuali. In molte situazioni tali, volutamente o ancora peggio, per ignoranza, molti di quelli che dovrebbero porre attenzione a tutte quelle professioni dove la convivenza di lavoratori molto diversi tra loro rischia di produrre dei risultati inadeguati, non lo fa. Ci si concentra sempre sui numeri, sulle cose, sulle leggi, dimenticando che è sempre l'uomo il vero motore del successo, del cambiamento, dell'innovazione.

L'emergenza pandemica causando paure, insicurezze, ha richiesto cambiamenti epocali sul posto di lavoro causati dalla pandemia che hanno e stanno trasformando il settore sanitario, ha evidenziato che è necessario rivedere l'organizzazione del lavoro nella sanità e che è evidente il bisogno di una classe di professionisti competenti e preparati a gestire le emergenze e quindi per costruire un futuro migliore, fondato su nuovi schemi e modelli in grado di rispondere alle nuove esigenze dei cittadini e ad offrire nuove speranze ai malati. Il benessere psi-

co-fisico è una priorità e comprende, oltre alla salute e all'accesso alle cure mediche per tutti, una combinazione di valori come equità sociale, parità di genere. Il 46% della Generazione Z e il 45% dei millennial si sentono esauriti a causa dell'intensità e delle richieste dei loro ambienti di lavoro. Il 44% della Generazione Z e il 43% dei millennial affermano che molti hanno lasciato la propria organizzazione, ultimamente, a causa della pressione del carico di lavoro. I datori di lavoro devono dare priorità alla salute mentale e al benessere sul posto di lavoro. Il benessere sul posto di lavoro e la salute mentale devono diventare un obiettivo per i datori di lavoro. L'allineamento con le esigenze ed i valori dei lavoratori è fondamentale per i datori di lavoro.

L'avvicinamento dei lavoratori è il flusso di lavoratori che passa, in ingresso e in uscita, all'interno di una realtà lavorativa. Tutti sanno quanto sia più conveniente mantenere personale qualificato e affiatato piuttosto che assumerne di nuovo, soprattutto quando questo avviene troppo spesso e non per motivi fisiologici.

Un eccessivo livello di turnover del personale dice molto sul benessere di una organizzazione. Possiamo distinguere due tipi di turnover del personale:

1. Il turnover fisiologico che rappresenta un normale livello di entrate e uscite in corrispondenza di pensionamenti, assunzioni e, in generale, persone in uscita per diversi motivi. Questo processo naturale può essere programmato il più possibile dall'azienda e interpretato secondo un'ottica di normale organizzazione del lavoro. Non influisce sulla continuità produttiva e sulla sua stabilità organizzativa se si sa prevedere e, di conseguenza, gestire e programmare con attenzione il ricambio di personale, in modo da non ritrovarsi con dei "buchi" nel sistema organizzativo aziendale.
2. Il turnover patologico si verifica quando il flusso di personale raggiunge livelli troppo alti. Questo è generalmente legato a errate politiche aziendali come per esempio da scarsa valorizzazione delle capacità delle risorse umane o da stress causato dall'ambiente di lavoro. Questo fenomeno è molto dannoso per l'azienda ed è ne-

GENERAZIONI CULTURALI

- Generazione perduta (1883-1900)
- Greatest Generation (1901-1927)
- Generazione silenziosa (1928-1945)
- Baby boomers o "Boomers" (1946-1964)
- Generazione X (1965-1980)
- Generazione Y o "Millennials, Generation Next o Net Generation" (1981-1996)
- Generazione Z o "Centennials, iGen, Post-Millennials, Plurals" (1997-2012)
- Generazione Alpha o "Screenagers" [(2013-2025) oggi]

Una generazione identifica il gruppo di individui che, vissuti nello stesso periodo e segnati dagli stessi eventi, condividono l'esperienza del presente e la prospettiva sul futuro. Le generazioni descrivono la storia e ci permettono di capire comportamenti, atteggiamenti e preferenze culturali

cessario limitarlo prendendo soluzioni mirate.

Nel turnover patologico, le cause più diffuse che portano all'insoddisfazione del personale, e conseguentemente al suo avvicendamento, sono in particolare modo:

- problemi di comunicazione con i responsabili;
- cattivo rapporto tra colleghi;
- eccessivi carichi di lavoro;
- assenza di riconoscimenti;
- inascoltate richieste di flessibilità e autonomia.

Ogni dirigente di una organizzazione sanitaria deve porsi almeno alcune domande in presenza di turnover patologico: in cosa sbaglio? in cosa posso migliorare? Ogni azienda deve mettere in atto delle iniziative tese a promuovere i rapporti e la condivisione tra colleghi; gli ambienti di "squali" in cui sono tutti contro tutti, generano stress e inquietudine e rendono il posto di lavoro poco piacevole.

È importantissimo all'interno di una organizzazione riconoscere ai propri collaboratori i risultati con-

nizzativa. La gestione di un gruppo multigenerazionale è un compito difficoltoso, a cui i direttori delle organizzazioni sanitarie devono porre attenzione, provando a individuare e attuare tutte le strategie capaci di valorizzare la diversità e ridurre i conflitti che si generano tra esse nonché strategie utili per gestire il gruppo con efficacia, al fine di trarre un vantaggio per l'intera organizzazione e per le persone assistite. Le differenze generazionali, se non gestite correttamente, possono generare tensioni che influiscono negativamente sulla soddisfazione lavorativa, riducendo la qualità del clima organizzativo ed aumentando il tasso di turnover. Il turnover infermieristico è un fenomeno che si presenta in misura maggiore rispetto ad altre professioni. L'elevato turnover ha un impatto negativo sull'organizzazione, riducendo sicuramente l'efficacia e la qualità dell'assistenza erogata al paziente. Importante, quindi, un management improntato sulla gestione delle differenze finalizzato alla valutazione e alla valorizzazione.

“Importante che il management sia improntato sulla gestione delle differenze finalizzato alla valutazione e alla valorizzazione delle differenze esistenti, che permetta ad ogni singolo professionista l'espressione del proprio potenziale, contribuendo, in tal modo, oltre che al miglioramento della qualità delle cure erogate anche al benessere dei lavoratori stessi, migliorando nel contempo il clima organizzativo”

seguiti e incentivarli a mantenere alta la qualità del lavoro e la produttività. Ogni datore di lavoro deve avere conoscenze sull'employee retention (cioè la capacità di una organizzazione di trattenere al suo interno i professionisti competenti, abili, e capaci). Necessarie sono una serie di politiche e iniziative che hanno lo scopo di aumentare il benessere dei lavoratori all'interno delle organizzazioni per scongiurare la loro (eventuale) voglia di andare altrove.

Le differenti generazioni di professionisti sanitari e la non facile integrazione tra queste rappresentano una problematica che coinvolge tutte le professioni e che, se non sono gestite efficacemente, possono essere potenzialmente dannose per la qualità delle cure erogate e per l'intera performance orga-

ne delle differenze esistenti, che consenta ad ogni singolo professionista l'espressione del proprio potenziale, contribuendo, conseguentemente, oltre che al miglioramento della qualità delle cure erogate anche al benessere dei lavoratori stessi, migliorando il clima organizzativo.

Attualmente nel panorama sanitario sono presenti tre generazioni di infermieri con tratti, credenze, attitudini, valori e aspettative diverse:

- la generazione Baby Boom, costituita dai nati tra il 1946 e il 1964;
- la generazione X, costituita dai nati tra il 1965 e il 1981;
- la generazione Y o Millenium, costituita dai nati dopo il 1981.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://blog.reverse.hr/employee-retention>.
2. <https://www.microsoft.com/en-us/worklab/work-trend-index/>.
3. <https://blog.reverse.hr/turnover>.
4. <https://eqbiz.it/cultura-organizzativa-tossica-ed-elevato-turnover-aziendale/>.
5. <https://www.psicologiadelavoro.org/i-costrutti-di-turnover-soddisfazione-lavorativa-altruismo-e-job-burnout/>.
6. Employer Branding, Come impostare una strategia corretta in 11 step.
7. https://marsilioeditori.it/media/rassegna_stampa/mky196032970058.pdf.
8. <https://www.istat.it/it/files/2011/01/Generazioni-nota.pdf>.
9. <https://www.infermiereonline.org/2016/06/01/un-confronto-generazionale-nella-professione-infermieristica-effetti-del-lavoro-sulla-salute-e-sulla-produttivita/#:~:text=Le%20tre%20generazioni%20in%20questione,dai%20nati%20dopo%20il%201981>.

LA PRESA IN CARICO DI PERSONE CON DECLINO COGNITIVO



Liana Libera
DIANA

L'Organizzazione mondiale della sanità lanciando il "Global Action Plan on the public health response to dementia - 2017-2025" ha indicato come le demenze rappresentino una priorità nella salute pubblica; da qui l'importanza di promuovere interventi per migliorare la qualità di vita delle persone con demenza e dei loro caregivers.

La demenza è un termine ombrello che racchiude al suo interno un insieme di patologie neurodegenerative di natura solitamente progressiva e non reversibile che coinvolge le funzioni cognitive, come la memoria, il linguaggio e la capacità di pianificazione e giudizio, alla quale solitamente si possono accompagnare disturbi di natura psicologica e comportamentale, che hanno un grave impatto sulle capacità funzionali e di adattamento della persona che ne soffre. Le demenze possono essere classificate in primarie o secondarie: le demenze primarie sono su base degenerativa, mentre le secondarie sono legate a patologie di varia natura e neurologiche che secondariamente portano allo sviluppo di un quadro dementigeno.

Inoltre le demenze possono essere classificate a seconda delle aree cerebrali che colpiscono (corticali e sottocorticali) e in base alla prognosi (reversibile vs irreversibile).

La malattia di Alzheimer è la forma più comune di demenza e può contribuire al 60-70% dei casi.

In Italia, nel 2019 le demenze senili e l'Alzheimer hanno colpito il 4,2% degli anziani, circa 600mila persone tra gli over 65 che vivono in famiglia (dalla stima sono esclusi quindi gli anziani residenti in istituzioni). Diversi sono i dati relativi alla fascia d'età over 85, in cui il 15,4% di donne e il 14% di uomini sembrano soffrire di questa condizione (dati ISTAT, 2019).

La demenza è una patologia familiare, poiché la sin-

tomatologia ha gravi ripercussioni non solo sul malato, ma anche sui conviventi e i caregivers che si occupano di esso; in letteratura sono presenti numerosi lavori sul caregiver burden, inteso come il grado in cui la salute fisica e psichica, lo status economico e la vita sociale del caregiver entrano in uno stato di sofferenza a causa dell'attività di cura (De Beni e Borrella, 2015).

Questi numeri, purtroppo, destinati a crescere portano alla necessità di implementare percorsi diagnostici e di cura che hanno lo scopo di favorire le autonomie residue delle persone con demenza e di promuovere quel senso di continuità che spesso a causa dei disturbi cognitivi viene meno, riducendo in tal modo il carico emotivo e fisico del caregiver e il carico socioassistenziale del sistema sanitario.

Il Piano Nazionale Demenze del 2014 (Rep. Atti n.135/CU) e le "Linee di Indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali del 2017 (PTDA, Rep. Atti n.130/CU) per le demenze "forniscono delle linee guida sull'implementazione di una rete integrata di interventi per la gestione delle demenze, nell'ottica di una reciproca collaborazione; infatti modelli di cura collaborativi sembrano avere effetti positivi sui disturbi comportamentali (rispetto a una gestione tipica della patologia), sulla qualità di vita della persona con demenza e della sua famiglia e infine sui costi assistenziali (evitando ospedalizzazioni non necessarie soprattutto nelle fasi di scompenso)".

Queste normative, prevedono degli interventi assistenziali che dovrebbero accompagnare e sostenere la persona fragile e il familiare dalle prime fasi della diagnosi, sino al momento in cui purtroppo si è costretti a ricorrere all'istituzionalizzazione, ma molto spesso la teoria è ben lontana da ciò che effettivamente succede nella pratica.

Nel piccolo, possiamo aiutare e sostenere questi nuclei familiari fragili, promuovendo azioni assistenziali e di cura centrate sulla persona, che mettono in secondo piano la malattia considerando la persona in quanto tale. Il fautore del modello di cura centrato sulla persona (Person Centred Care, PCC) è lo psicologo Tom Kitwood, che propone nel suo libro "Riconsiderare la demenza", una rivoluzione nella gestione dei servizi sociali e sanitari, che dovrebbero avere come scopo ultimo il mantenimento della persona nel suo senso più completo (la personhood).

La teoria di Kitwood può essere riassunta ponendo l'attenzione su due aspetti fondamentali, il modello VIPS e il riconoscimento dei bisogni della PERSONA con demenza (Kitwood,1997).

L'acronimo VIPS, si riferisce a degli elementi che non possono essere trascurati nel momento in cui si basa l'assistenza sulla persona: **V**alorizzare la persona con demenza e il proprio caregiver e riconoscerne il valore assoluto in quanto persona a prescindere dall'età e dal danno neurologico, rapportarsi con la persona in quanto **I**ndividuo, con i suoi punti di forza e le debolezze, mettersi nei panni dell'altro, guardare il mondo dalla **P**rospettiva della persona e infine creare un ambiente **S**ociale positivo che supporti la persona rispetto alle proprie difficoltà.

Altro caposaldo della teoria di Kitwood è il riconoscimento dei cinque bisogni fondamentali dell'essere umano: il comfort, l'utilizzo della tenerezza e del calore per avvicinarsi all'altro, l'identità che si concretizza nel senso di continuità tra ciò che si era e quello che si è attualmente, l'attaccamento che consiste nel bisogno di creare legami con gli altri, l'occupazione, il bisogno di sentirsi capaci e impegnati ed infine l'inclusione, che coincide con il senso di appartenenza ad un gruppo sociale.

Tutti questi bisogni confluiscono nel bisogno d'amore. Nel concreto dell'assistenza, tale approccio, fornisce all'operatore delle linee guida che gli permettono di evitare tutti quei comportamenti negativi, il più delle volte inconsapevoli che vanno sotto il nome di psicologia sociale maligna (Kitwood,1997) e di met-

tere in atto invece atteggiamenti più positivi che caratterizzano l'operato del professionista (il positive person work, PPW) (Bissolo et al.,2013).

Molti altri approcci terapeutici non farmacologici, si sono sviluppati in questi anni sulla scia delle riflessioni di Kitwood, alcuni si concentrano maggiormente sul progettare un ambiente sociale e fisico che risponda ai bisogni e alle necessità della persona, come l'approccio Gentlecare (Moyra Jones, 2005) e l'approccio Montessori applicato alle demenze (Camp,2010); altre invece forniscono suggerimenti su come rapportarsi ed entrare in contatto con la persona (Approccio capacitante, Vigorelli,2015) a prescindere dalla gravità della propria condizione (Metodo Validation,Feil,1996, la Doll Therapy,Turner et.al 2014 e la Terapia del Viaggio,Cilesi,2011).

Risulta evidente, dopo queste dissertazioni, l'importanza della formazione e dell'aggiornamento degli operatori, per favorire un maggiore senso di efficacia nel mettere in pratica non solo i protocolli di cura sanitari, ma anche quelli di natura sociale, tenendo sempre a mente l'unione inscindibile del corpo e la mente. Il profilo professionale dell'infermiere prevede che questi svolga una funzione di promozione e prevenzione della salute nonché di assistenza tecnica, relazionale ed educativa. Nella valutazione dei bisogni e della qualità di vita della persona e della famiglia adopera una visione olistica, osserva il livello di stress del caregiver, verifica la tenuta della rete familiare, il clima relazionale e offre sostegno, costruendo relazioni di fiducia e condividendo costantemente l'adeguatezza degli interventi assistenziali. Favorisce inoltre lo sviluppo di processi di cura e di assistenza improntati sulla continuità in una logica di lavoro e di collaborazione multiprofessionale. Nel Centro Disturbi Cognitivi e Demenze l'infermiere assicura la continuità tra polo specialistico e territorio (MMG e Assistente Sociale).

L'infermiere di famiglia e comunità sicuramente è in grado di intercettare la persona con iniziali o conclamati segni di declino cognitivo e consentire l'avvio di un adeguato percorso di presa in carico.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Istat (2019), Le condizioni di salute della popolazione Italiana.
2. Camp J. (2010) Origin of Montessori Programming for dementia, *Nonpharmacol Ther Dement.* 2010; 1(2): 163–174.
3. Cilesi I.(2011),Treno Virtuale: demenza tra viaggi e percorsi di cura... ,*Nursing*, gennaio/febbraio,pp 61 -64.
4. De Beni, Borella (2015), *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità.* Ed. Mulino.
5. Feil N.(1996)*Validation. Il metodo Feil. Per comprendere ciò che i grandi anziani fanno nella mente e nel cuore.*Minerva Edizioni.
6. Jones M., (2005), *Gentlecare Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer,* Ed.Carrocci Faber.
7. Kitwood T. (1997), *Riconsiderare la demenza.* Ed. Erickson.
8. PTurner,F.& Shepherd,M.(2014).*Doll Therapy in dementia care:a review of current literature.**Communicare*,1,1.
9. Vigorelli P.(2015), *Alzheimer come favorire la comunicazione nella vita quotidiana,*San Giuliano Milanese:Geca Industrie Grafiche.
10. <https://www.alzint.org/what-we-do/partnerships/world-health-organization/who-global-plan-on-dementia/#:~:text=and%20others%20worldwide.,The%20global%20plan%20aims%20to%20improve%20the%20lives%20of%20people,as%20a%20public%20health%20priority>.
11. <https://demenze.regione.veneto.it/io-sono/infermiere>.

MIGLIORARE LA SANITÀ TERRITORIALE: LA NUOVA SFIDA



Maria
COLAPINTO



Vincenzo
INGLESE

Si rende indispensabile valorizzare la sanità territoriale, infatti, l'emergenza COVID19 ha evidenziato che non basta avere ospedali di eccellenza

L'emergenza da SARS CoV2/COVID19 ha evidenziato che si deve guardare alla sanità pubblica con una visione diversa e programmare nuove strategie d'approccio puntando soprattutto a valorizzare la sanità territoriale poiché si è notato che avere solo ospedali di eccellenza non è stato la soluzione all'emergenza pandemica.

La prima barriera per evitare di intasare le strutture e quindi le cure ospedaliere è quella di puntare in particolar modo sulla medicina di prossimità. La strada da percorrere sembra definita. Ripartire dal territorio e dalla medicina di prossimità è vitale non solo per la gestione di una pandemia, ma per la gestione dei pazienti, siano essi cronici o acuti.

Infatti, oltre alle situazioni derivate da una pandemia abbiamo sempre un'altra emergenza importante e cioè il crescente invecchiamento della popolazione. Tutti i dati epidemiologici disponibili confermano che in Italia fra 20 anni un terzo della popolazione avrà superato i 64 anni di età. È risaputo che l'invecchiamento della popolazione vede conseguenzialmente anche l'incremento delle patologie croniche, ed è proprio per questo motivo che è si rende necessario puntare sulla prevenzione ma soprattutto sulla sanità territoriale che sia in grado di assistere e curare le persone anziane e fragili. Tale compito spetta sicuramente ai Medici di Medicina Generale, ai Farmacisti ed agli Infermieri, principali attori in campo sanitario che si prendono cura e possono continuare, migliorando, a prendersi in carico i pazienti cronici, seguirli nell'evolversi dei loro bisogni e assisterli nelle terapie e nelle cure farmacologiche. Fornire a questi professionisti gli strumenti giusti per operare in modo efficiente, dai dispositivi medici alle tecnologie, sarà determinante per il presente e il futuro dell'assistenza sanitaria italiana. La

pandemia ha insegnato che l'emergenza la si deve gestire su due fronti, quello ospedaliero per curare le persone che si trovano in gravi condizioni cliniche e quello territoriale per contenere il contagio e limitarne la letalità. Infatti, il modello di assistenza sanitaria ha avuto (e ha tuttora) un ruolo determinante nella gestione dei pazienti affetti da SARS-CoV2/COVID19 ed in particolar modo nel controllo e gestione dei contagi. Infatti, il fatto di non aver potuto gestire il paziente affetto da SARS-CoV2/COVID19 sul territorio è stata, sicuramente, una delle cause che hanno aumentato i contagi. In un primo tempo le chiamate di emergenza erano state dirottate sul 118, ed abbiamo visto che il sistema di emergenza degli ospedali è andato subito in sofferenza. Tra i vari modelli assistenziali (ospedaliero, territoriale e una gestione combinata tra ospedale e territorio) introdotti dalle Regioni quelli che si sono dimostrati più efficienti sono stati quelli che hanno coinvolto maggiormente il territorio e a fare la differenza, sempre e comunque, sono le persone ed i professionisti oltre che ai decisori politici che sanno ascoltare e intercettare il bisogno. Si è visto che la qualità delle cure ospedaliere dipende anche da una gestione territoriale efficiente ed efficace. Indubbiamente se territorio e ospedale lavorano bene, il risultato non può che essere positivo. L'assistenza sanitaria non è una scienza, ma può fare tesoro degli errori e dei buoni esempi e, su queste esperienze, migliorarsi continuamente. Al fine di raggiungere un buon livello assistenziale si rende necessario rafforzate le attività di assistenza e monitoraggio dei soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, e in generale per le situazioni di fragilità. Fondamentale per il futuro della sanità territoriale la figura dell'Infermiere di Famiglia e di comunità, promoss-

LEGGE 17 LUGLIO 2020, N. 77

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. TITOLO I - SALUTE E SICUREZZA - Art. 1 comma 5 "Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale"

"Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10"

sa ma anche ostacolata da ogni parte, per monitorare ancora più da vicino a domicilio i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, e in generale per le situazioni di fragilità. L'infermiere di famiglia e comunità è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica. Il suo ruolo è quello di promuovere salute, prevenzione e gestire nelle reti multiprofessionali i processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie. Non è l'assistente di studio del medico di medicina generale, non è assunto da questo, né toglie nulla delle prerogative di diagnosi e cura al medico di famiglia, ma è una figura professionale che insieme ad altre figure professionali forma la rete integrata territoriale, prende in carico in modo autonomo la famiglia, la collettività e il singolo. L'infermiere di famiglia e comunità ha un ruolo anche proattivo per promuovere salute, educazione sanitaria per la persona sana e la famiglia e la comunità e insegna l'adozione di corretti stili di vita e di comportamenti adeguati. Secondo le indicazioni della FNOPI, nell'ambito della prevenzione, l'infermiere di famiglia e comunità dovrebbe coprire tutte le fasi della prevenzione primaria agendo su tutti quei fattori di rischio di malattia attraverso l'edu-

cazione sanitaria sui fattori modificabili come la dieta, la lotta al tabagismo, l'attività fisica, ...; prevenzione secondaria per la promozione di test di screening ed esami previsti per diagnosticare precocemente le malattie; prevenzione terziaria includendo tutti quegli interventi utili ad evitare le riacutizzazioni di malattie croniche. Lavora a stretto contatto con l'utente presso la sua abitazione e con la sua famiglia, si interfaccia al paziente, con una propria competenza specifica, in un rapporto multiprofessionale con gli altri professionisti. In caso di necessità può effettuare interventi di assistenza infermieristica diretta. L'infermiere di famiglia e comunità può agire con le sue peculiari competenze infermieristiche direttamente sulla persona (scopo peculiare dell'infermiere ADI) però la sua missione è quella di migliorare gli aspetti attinenti alla salute del paziente aiutandolo ad evitare comportamenti che possano peggiorarne le sue condizioni inserendosi nelle dinamiche più delicate delle fasi della malattia.

Prende in carico un certo numero di persone (e quindi nuclei familiari) di un determinato territorio. L'Agens ritiene che l'infermiere di famiglia dovrebbe avere in carico all'incirca 2500 abitanti per professionista, il decreto (Decreto Rilancio pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 128 del 19 maggio 2020 il decreto legge n. 34 e delineato nell'art.1) ne prevede 8 per 50mila abitanti.

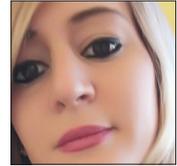
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://www.infermieronline.org/2020/07/25/nasce-linfermiere-di-famiglia-comunita/>.
2. <https://www.pphc.it/sanita-territoriale-da-anello-debole-del-ssn-a-punto-di-partenza-per-migliorare-lassistenza-sanitaria-italiana/>.
3. <https://www.dimensioneinfermiere.it/infermiere-di-famiglia-comunita/>.
4. https://www.bosettiegatti.eu/info/norme/statali/2020_0077_ex_DL_34.pdf.
5. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg>.
6. <https://www.openpolis.it/gli-investimenti-del-pnrr-per-la-sanita-territoriale/>.
7. Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21).
8. Rivista L'Infermiere N° 3 - 2020.
9. Legge 17 luglio 2020, n. 77. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

“PREPOSTO”: RUOLI E RESPONSABILITÀ NELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA



Antonella
MANFREDI



Angela
SARDELLA

Le responsabilità del “Preposto” devono essere correlate alle funzioni da egli effettivamente svolte, piuttosto che alla qualità formale

Il D. Lgs 81/2008 stabilisce, tra l'altro, l'obbligo di indicare nel documento di valutazione dei rischi “i ruoli dell'organizzazione aziendale che devono provvedere all'attuazione delle misure da realizzare per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri”.

Le definizioni di dirigente e di preposto, in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, per la prima volta, sono riportate nel 2008 dal D. Lgs. 81/2008. Nel 2005 la Cassazione penale provvedeva ad individuare gli elementi distintivi delle due figure (dirigente e di preposto), al fine di delimitare il confine di attribuzioni e responsabilità penali. La previgente legislazione era infatti in tal senso carente, tanto che nel 2005 la Cassazione penale, riscontrando che una completa definizione del dirigente e del preposto non era fornita nei precedenti decreti in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (D.P.R. 547/1955, D. Lgs. 626/1994) che si limitavano a definirli quali “soggetti destinatari degli obblighi di legge”, nella motivazione, provvedeva ad individuare gli elementi distintivi delle due figure, al fine di delimitare il confine di attribuzioni e responsabilità penali. Nel definire queste figure, la Suprema Corte ricordava, per di più, che, secondo il principio di effettività, questa configurazione dei soggetti obbligati alla prevenzione e la relativa delimitazione delle responsabilità che gli sono connesse, devono essere correlate alle funzioni da loro concretamente svolte, piuttosto che alle loro qualità formali. Effettivamente se si pone l'attenzione sui compiti che il preposto ha, per legge, in aggiunta a quelli dei lavoratori (che, comunque, non sono per niente esenti da responsabilità in merito alla propria e altrui salute

e sicurezza) si può affermare che il preposto deve:

- comandare i propri sottoposti ordinando anche tutte le misure di prevenzione inerenti ai rischi residui;
- vigilare sull'osservanza da parte dei lavoratori delle prescrizioni di salute e sicurezza vigenti (per legge o per regola aziendale e, infine, anche per elementare buon senso).

Il D. Lgs. 81/2008 dispone all'art. 299 “Esercizio di fatto di poteri direttivi”: Le posizioni di garanzia relative ai soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettere b), d) ed e) (cioè datore di lavoro, dirigente e preposto) gravano altresì su colui il quale, pur sprovvisto di regolare investitura, eserciti in concreto i poteri giuridici riferiti a ciascuno dei soggetti ivi definiti. Concretamente, si risponde delle responsabilità che gravano sulle figure di datore di lavoro, dirigente e preposto, anche senza la presenza di un formale incarico, rilevando unicamente il dato sostanziale, cioè l'effettivo esercizio dei poteri svolto da queste figure. Il “Preposto” ha il compito di sovrintendere l'attività lavorativa e garantire l'attuazione delle direttive ricevute controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori. Pertanto, di conseguenza le responsabilità del “Preposto” devono essere correlate alle funzioni da loro concretamente svolte, piuttosto che alle loro qualità formali. I preposti, comunque, devono ricevere, a cura del datore di lavoro e in azienda, un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro. La durata minima e i contenuti ottimali sono stati evidenziati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano tra Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministro della Salute, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, nel-

la seduta del 21/12/2011 e pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale n. 8 dell'11/01/2012. Il DL Fiscale modifica l'art.37 del Testo Unico di Sicurezza dicendo che entro il 30/06/2022 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano è chiamata ad adottare l'accorpamento e la rivisitazione degli accordi attuativi in materia di formazione, incidendo su durata, contenuti minimi, modalità della formazione obbligatoria a carico del datore di lavoro, modalità della verifica finale di apprendimento obbligatoria per i discenti di tutti i percorsi formativi e di aggiornamento obbligatori in materia di salute e sicurezza sul lavoro e modalità delle verifiche di efficacia della formazione durante lo svolgimento della prestazione lavorativa. Secondo l'art 2 comma 2, lett. "e" del D. Lgs. 81/2008, il "Preposto" è la persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende l'attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa. Il "Preposto", nell'ambito della concreta organizzazione aziendale, rappresenta il soggetto che si trova a diretto contatto con il lavoratore e che, dotato di un potere di supremazia sullo stesso, che gli deriva dalla strutturazione gerarchica dell'attività aziendale, è tenuto a vigilare sulla concreta esecuzione in sicurezza della mansione lavorativa affidata al dipendente. Lo status di preposto per la sicurezza non è necessariamente subordinato al rilascio di una nomina formale da parte del datore di lavoro, infatti, prima la giurisprudenza, poi lo stesso legislatore hanno stabilito che le posizioni di garanzia, relative ai soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettere "b", "d" ed "e"), cioè il datore di lavoro, il dirigente ed il preposto, gravano anche su colui il quale, pur privo di regolare attribuzione, eserciti in concreto i poteri giuridici riferiti a ciascuno dei soggetti ivi definiti (art. 299 del D. Lgs. 81/2008). Il "Preposto" ha obblighi e responsabilità minori del datore di lavoro e del dirigente, poiché non deve occuparsi di compiti organizzativi, né di predisporre delle misure preventive. L'art. 19 del D. Lgs. 81/2008 "Obblighi del preposto" dispone che il preposto, secondo le sue attribuzioni e competenze, deve:

- sovrintendere e vigilare sull'osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione e, in caso di persistenza della inosservanza, informare i loro superiori diretti;
- verificare affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e

specifico;

- richiedere l'osservanza delle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato e inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;
- informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
- astenersi, salvo eccezioni debitamente motivate, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave ed immediato;
- segnalare tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta;
- frequentare appositi corsi di formazione.

Il DL Fiscale 146/2021 convertito con in legge 215/2021 integra completamente la lettera a) dell'art. 19 sui compiti del preposto. Oltre a sovrintendere e vigilare sull'osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei DPI, dovrà «intervenire per modificare il comportamento non conforme fornendo le necessarie indicazioni di sicurezza. In caso di mancata attuazione delle disposizioni impartite o di persistenza dell'inosservanza, interrompere l'attività del lavoratore e informare i superiori diretti».

Prima invece si parlava genericamente di informare i loro superiori diretti in caso di persistenza della inosservanza. Art.19, nuova lettera a) "sovrintendere e vigilare sull'osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione e, in caso di rilevazione di comportamenti non conformi alle disposizioni e istruzioni impartite dal datore di lavoro e dai dirigenti ai fini della protezione collettiva e individuale, intervenire per modificare il comportamento non conforme fornendo le necessarie indicazioni di sicurezza. In caso di mancata attuazione delle disposizioni impartite o di persistenza dell'inosservanza, interrompere l'attività del lavoratore e informare i superiori diretti".

Il Decreto Fiscale aggiunge un nuovo compito per i preposti: dovrà interrompere, se necessario, l'attività in caso rilevi deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e segnalare le non conformità rilevate, infatti, ciò è evidente alla lettera f-bis): in caso di

rilevazione di deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e di ogni condizione di pericolo rilevata durante la vigilanza, se necessario, interrompere temporaneamente l'attività e, comunque, segnalare tempestivamente al datore di lavoro e al dirigente le non conformità rilevate. È di rilevante importanza che i "Preposti" siano correttamente inseriti nella organizzazione ed in particolare modo:

- devono avere un sufficiente "impegno" (legame esistente tra loro e la propria organizzazione) da

ne e scelta e avere anche le capacità comunicative minime indispensabili.

È evidente che un fallimento di vigilanza dovuto ad una carenza di conoscenze o di capacità da parte del preposto riporta la responsabilità a chi lo ha identificato. Per questi motivi è indispensabile che l'individuazione dei preposti sia portata a conoscenza di tutta l'organizzazione dove operano e che sarà sottoposta alla loro vigilanza, altrimenti il possibile rischio cui si può andare incontro è quel-

“La Corte di Cassazione Penale, Sez. III con sentenza n. 18839 del 12/05/2022 ha specificato, infatti, come “La mancanza di nomina formale (scritta con data certa) di preposto o dirigente non è rilevante sulla formazione in quanto quello che rileva è la ratio della norma che mira ad evitare la mancanza di formazione specifica, in materia di salute e sicurezza sul lavoro, per chi comunque esercita la funzione di preposto; le norme sono dirette a prevenire pericoli nell’espletamento delle mansioni, comunque svolte”. La mancanza di una nomina formale di preposto o dirigente non giustifica una carenza formativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro”

- parte della organizzazione;
- devono avere il tempo materiale per svolgere adeguatamente il loro compito (se un preposto passa gran parte della sua giornata lavorativa all'interno del suo ufficio/ambulatorio/..., come potrebbe vigilare? L'organizzazione del lavoro deve essere tale da portare il preposto dove la sua vigilanza è necessaria;
- devono avere le competenze tecniche e di ciclo produttivo per poter vigilare nonché devono conoscere perfettamente le regole di salute e sicurezza vigenti;
- non devono avere timori a richiamare i colleghi quando ciò si rende necessario, non solo per autorità attribuita ma anche per propria autorevolezza;
- devono avere capacità analitiche decisionali per trovare soluzioni sicure a situazioni impreviste ma relativamente semplici;
- devono avere a disposizione chiari canali/flussi comunicativi da innescare quando la situazione supera le loro effettive capacità di comprensio-

lo di una disfunzionalità organizzativa. Sicuramente importanza particolare è stata data a questa figura nella legislazione antinfortunistica, assegnandole una posizione di responsabilità e di garanzia al fianco dello stesso datore di lavoro. Il modello di sicurezza necessita sempre di figure di vertice che, così come nella più generale gestione dell'azienda, anche nel campo della sicurezza, definiscano le politiche e le strategie per raggiungere e realizzare il duplice obiettivo del rispetto del dettato normativo e della migliore integrazione tra uomo e ambiente lavorativo.

La legislazione ha da sempre individuato formalmente il complesso di figure "attive" nella tripartizione tra datore di lavoro, dirigenti e preposti. In capo al datore di lavoro, ai dirigenti ed ai preposti grava, fondamentalmente, l'obbligo di pianificare e disporre la destinazione di risorse economiche, umane ed organizzative necessarie per l'apprestamento delle misure generali di tutela previste dalla normativa, di verificarne lo stato di attuazione e di vigilare sull'osservanza di quanto prescritto.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Legge 17 dicembre 2021, n. 215 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 21 ottobre 2021, n. 146, recante misure urgenti in materia economica e fiscale, a tutela del lavoro e per esigenze indifferibili.
2. Testo del decreto-legge 21 ottobre 2021, n. 146 (Gazzetta Ufficiale 21 ottobre 2021, n. 252), coordinato con la legge di conversione 17 dicembre 2021, n. 215 recante "Misure urgenti in materia economica e fiscale, a tutela del lavoro e per esigenze indifferibili".
3. <https://www.studiobs.biz/sicurezza-lavoro/decreto-legge-fiscale-modifiche-al-testo-unico-sulla-sicurezza-formazione>.
4. <https://www.puntosicuro.it/sentenze-commentate-C-103/la-posizione-di-garanzia-del-preposto-l-art.-19-del-dlgs-81/2008-AR-19332/>.
5. <https://www.puntosicuro.it/sentenze-commentate-C-103/la-qualificazione-del-preposto-criteri-di-individuazione-ed-esempi-AR-19552/>.
6. https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=202:cassazione-penale-sez-4-20-aprile-2005-n-11351-colpa-professionale-del-rspp&catid=17&Itemid=138.

IL RISCHIO AGGRESSIONI SUL LUOGO DI LAVORO

Prevenire e gestire correttamente i possibili episodi di violenza fisica e verbale a danno di operatori sanitari



Elena
CHIEFA



Maria Concetta
L'ABBATE

L'Agencia Europea per la Salute e la Sicurezza sul lavoro afferma che tra i tanti rischi in grado di interessare gli ambienti di lavoro, una fonte di pericolo è rappresentata proprio dalla probabilità di subire un'aggressione fisica e/o verbale a danno degli operatori sanitari nell'espletamento dell'attività lavorativa quotidiana. Qualsiasi operatore sanitario può essere vittima di violenza, anche se le figure più coinvolte sono prevalentemente infermieri, operatori socio-sanitari e medici.

Per violenza sul posto di lavoro si intende qualunque episodio in cui si riscontrano insulti, minacce o forme di aggressione fisica o psicologica, attuate sul lavoro, sia da soggetti esterni ma anche da soggetti interni all'organizzazione, in grado di mettere in pericolo la salute, la sicurezza o il benessere psicofisico della persona.

Le motivazioni del gesto violento possono essere molteplici e riguardare anche una componente razziale o sessuale

Il Parlamento ed il Consiglio Europeo del 1989, con la Direttiva 89/39, relativa all'applicazione di provvedimenti tesi a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, faceva riferimento anche alle possibili forme di violenza e gli Stati membri hanno attuato detta Direttiva con apposita legislazione.

Per quanto riguarda l'Italia, il riferimento legislativo principale è il D. Lgs. 81/2008 e nello specifico l'art. 28, nel quale si sottolinea che la deve riguardare "tutti i rischi per la sicurezza e salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari".

Le aggressioni fisiche possono comportare, a carico dell'operatore, lesioni di vario tipo, dalle meno

preoccupanti, a contusioni, a danni più gravi quali fratture e fino a morte. In ambito sanitario e socio assistenziale, considerare anche la possibilità di aggressione da parte di pazienti portatori di patologie come le epatiti di tipo B e C e HIV.

Non sono poi da sottovalutare, dal punto di vista psicologico, le conseguenze traumatiche che possono subire gli Operatori che hanno subito aggressioni fisiche.

Il rischio, per gli operatori sanitari e socio-sanitari, di imbattersi in un evento violento-aggressivo, di natura fisica e/o verbale-psicologica, da parte di pazienti o parenti o accompagnatori, è ancora oggi fortemente sottostimato. Certamente, dai dati riportati dalla letteratura scientifica, si nota che gli eventi violenti, aggressivi denunciati sono solamente la punta dell'iceberg, in effetti, solo gli episodi più drammatici, dove gli operatori riportano lesioni fisiche, inducono i professionisti, vittime, alla segnalazione dell'episodio agli organi preposti.

Negli ultimi anni, si è registrato, ai danni degli operatori sanitari, un aumento di eventi aggressivi-violenti.

I dati INAIL, certamente sottostimati, hanno fotografato, in ambito sanitario, un incremento degli infortuni sul lavoro dovuti ad aggressioni. Le aggressioni sono state compiute, nel 90% dei casi, da soggetti esterni alle strutture sanitarie.

Numerosi sono i fattori di rischio responsabili degli atti di violenza diretti contro gli esercenti le professioni sanitarie, ma l'elemento particolare e ricorrente è rappresentato dal rapporto interattivo che si instaura tra il paziente e l'operatore sanitario durante l'erogazione della prestazione sanitaria.

Questi episodi di cronaca che hanno visto medici e infermieri, vittime di aggressioni da parte degli utenti e/o dei loro parenti o accompagnatori, hanno spin-

to gli organismi legislativi ad attivare ulteriori atti normativi con la speranza di delimitare tale fenomeno, fornendo strumenti punitivi più incisivi sotto l'aspetto dell'aumento delle pene, nei confronti di chi si rende protagonista di dette aggressioni. Dai dati rilevati si evince un aspetto particolare riguardante gli episodi di aggressione, infatti, è la professione delle vittime a rappresentare un fattore di rischio più che il luogo di lavoro.

Particolarmente a rischio sono da considerarsi gli operatori che:

- distribuiscono o gestiscono farmaci che hanno notevole valore economico nel mercato illegale dei farmaci stessi (metadone, stupefacenti, ecc.);
- devono assistere pazienti aggressivi o psicotici;
- hanno frequenti rapporti con l'utenza (specie se trattasi di utenza sottoposta a stress per varie cause quali lunghe attese, difficoltà a muoversi nelle strutture, ...);
- operano da soli o isolati;
- di sesso femminile;
- non sono idoneamente formati, dal punto di vista professionale, a gestire detto rischio.
- manipolano danaro o beni di valore;

La maggior parte delle violenze denunciate sono a danno del personale infermieristico.

L'80% degli infermieri e stessa percentuale tra gli psichiatri, riferisce violenze.

La differenza è che agli psichiatri di solito accade una volta sola, mentre agli infermieri più volte.

Ciò può essere spiegato da due ipotesi:

1. la continuità e qualità di rapporto, intesa come il particolare tipo di accudimento anche fisico mettono a maggior rischio l'infermiere, così come la mancanza di preparazione specifica (quasi nessuno ha una formazione specialistica come infermiere psichiatrico);
2. l'apparente mancanza di autorità dello stesso (lo psichiatra può essere "punitivo" nell'immediato molto più facilmente dell'infermiere, il che potrebbe funzionare da deterrente alla minaccia).



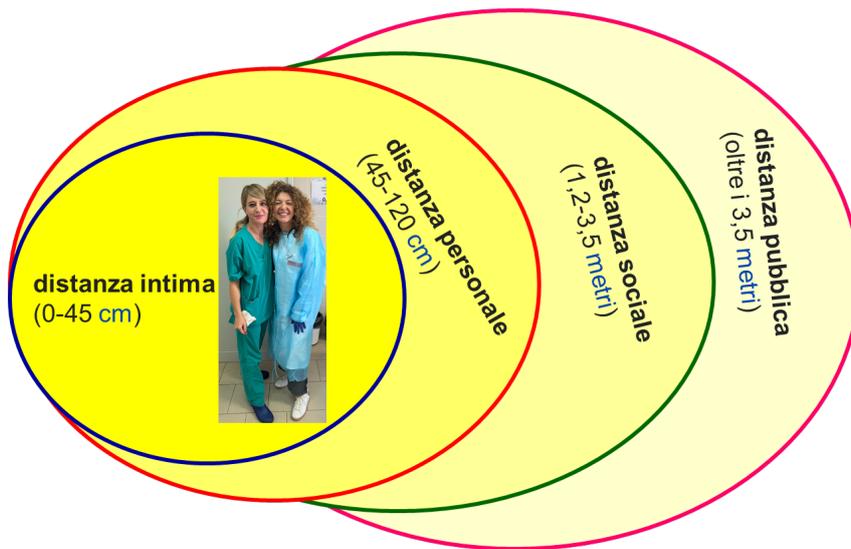
I luoghi più a rischio sono il triage, la sala d'attesa, gli ambulatori ortopedici, gli ambulatori psichiatrici. I tempi d'attesa prolungati sono riconosciuti come fattore di rischio.

Il 24 settembre 2020 è entrata in vigore la Legge n.113 del 14/08/2020 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".

L'art. 2 della normativa prevede l'istituzione dell'osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie presso il Ministero della Salute, riconoscendogli i compiti di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni del personale medico-sanitario, di promuovere la diffusione di buone prassi, e lo svolgimento di corsi di formazione finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto e al miglioramento della comunicazione con gli utenti, tutte misure capaci di ridurre i fattori di rischio.

L'art. 4 modifica l'art. 583 quater del c.p. e introduce l'ipotesi di delitto di lesione personale inasprendo le pene ai danni di chi procura lesioni gravi o gravissime nei confronti di un esercente le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle sue funzioni, prevedendo la reclusione da 4 a 10 anni per le lesioni gravi cagionate agli esercenti professioni sanitarie e sociosanitarie e la reclusione da 8 a 16 anni per le lesioni gravissime; è stata introdotta, altresì, una nuova circostanza aggravante comune all'art. 61 c.p., 11-octies, per i delitti commessi, a danno dei medesimi soggetti, con violenza o minaccia, in presenza della quale i reati di lesioni e percosse sono sempre procedibili d'ufficio.

La legge 113/2020 è intervenuta anche sul regime di procedibilità delle percosse e delle lesioni, disponendo che, qualora ricorra l'aggravante prevista dall'art. 61 c.p., 11-octies, le percosse, in deroga



alla disciplina ordinaria, siano procedibili d'ufficio (art. 581, c. 2, c.p.) e così le lesioni personali, anche quando da esse derivi una malattia di durata non superiore ai venti giorni (art. 582, c. 2, c.p.). Il legislatore ha inteso in questo modo garantire che la perseguibilità dei reati aggravati ex art. 61, 11-octies, c.p., sia svincolata dal coefficiente di gravità della condotta, nonché dalle valutazioni della vittima circa l'opportunità di querelare.

Il sistema sanzionatorio è poi completato dalla fattispecie di illecito amministrativo prevista dall'art. 9 della legge 113/2020, che dispone "Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque tenga condotte violente, ingiuriose, offensive o moleste nei confronti di personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso funzionali allo svolgimento di dette professioni presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 5.000".

L'intento del legislatore è quello di non lasciare impunita alcuna forma di aggressione nei confronti del personale sanitario.

Altra novità, art. 7 "misure preventive", introdotta dalla legge, riguarda l'inserimento dell'obbligo delle strutture sanitarie a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, al fine di garantire il loro tempestivo intervento in caso di necessità, e la predi-

sposizione di appositi piani per la sicurezza.

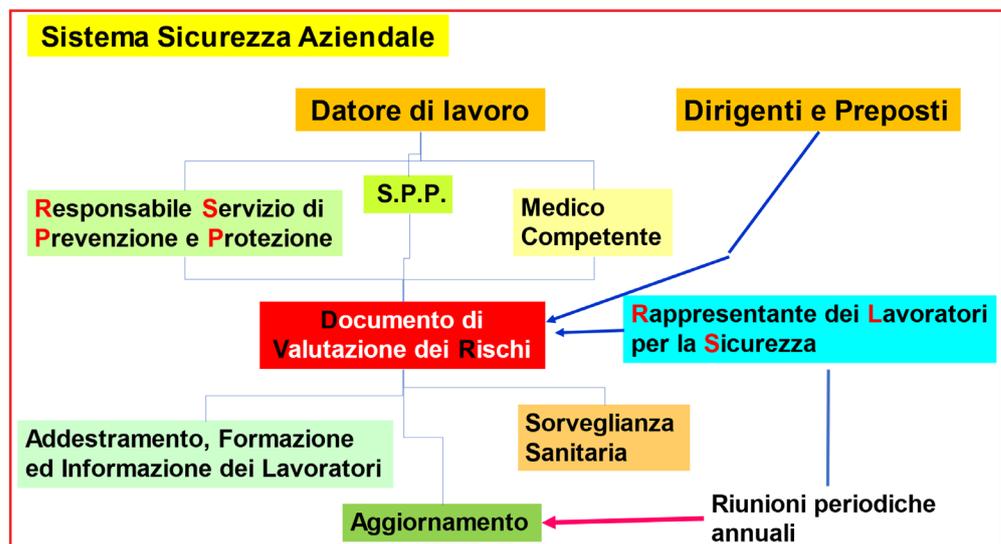
Gli episodi di violenza a medici ed infermieri hanno ottenuto l'attenzione del legislatore italiano con l'emanazione della legge 113/2020 che affronta il problema delle aggressioni al personale sanitario attraverso un insieme di misure preventive e repressive.

I principali fattori di rischio inerente alle aggressioni al personale sanitario si rinvencono negli atteggiamenti negativi dei pazienti nei confronti degli operatori, nelle aspettative dei familiari e nei lunghi tempi di attesa.

La Raccomandazione n. 8 del novembre 2007 del Ministero della Salute, per prevenire atteggiamenti ostili, riportava già alcuni consigli, ancora validi, ispirati da un approccio multidimensionale, in grado di operare a livello individuale, organizzativo e situazionale.

La prevenzione degli atti di violenza richiede che l'organizzazione sanitaria (il Datore di Lavoro) deve identificare i fattori di rischio per la sicurezza del personale e realizzare, conseguenzialmente, le misure precauzionali.

Le strutture sanitarie devono elaborare e mettere in atto un programma di prevenzione della violenza, con le cui finalità di diffondere una politica di chiusura totale verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari, assicurando che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica; incoraggiare il personale a segnalare prontamente i fatti; facilitare il coordinamento con le forze di polizia; assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse ido-





nee in relazione ai rischi presenti; affermare l'impegno dei soggetti apicali per la sicurezza nelle proprie strutture. Necessario effettuare un'analisi delle situazioni lavorative, finalizzata a individuare quali fattori di rischio, esistenti o potenziali, aumentano la probabilità di accadimento di episodi di violenza. Identificare la frequenza e gravità degli episodi, per definire le azioni di miglioramento, nonché individuare i fattori di rischio che potrebbero essere rimos-



mossi con modifiche dei luoghi di lavoro, cambiamenti procedurali e formazione e addestramento del personale. Investire nella formazione professionale è essenziale per intercettare e prevenire il fenomeno delle aggressioni.

L'erogazione di una formazione sulla gestione delle situazioni difficili con l'utenza e sul riconoscimento dei segnali di avvertimento relativamente ad una potenziale aggressione è una strategia im-

portante di prevenzione. È opportuno che i lavoratori soggetti a rischio aggressione ricevano nozioni riguardanti, in particolar modo:

- un approfondimento sul rischio aggressione, sulla sua individuazione, rilevazione e valutazione quale rischio professionale;
- l'acquisizione di specifiche tecniche al fine di prevenire e gestire situazioni critiche a rischio

di aggressione;

- l'introduzione di conoscenze e modalità di gestione di situazioni critiche e di controllo degli utenti aggressivi.

Le misure di tipo organizzativo riguardano, in particolar modo:

- gestione dell'organizzazione del personale garantendo la presenza di un numero minimo di lavoratori;
- elaborazione di una procedura per chiamare le forze dell'ordine in caso di situazioni non gestibili dagli operatori;
- effettuazione di una campagna informativa/formativa legata alla gestione dei clienti e dei possibili conflitti;
- adeguata formazione del personale (conoscere le strategie della de-escalation dell'aggressività cioè interventi di desensibilizzazione progressivamente volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività; sul riconoscimento che alla base degli atti di aggressività vi è un'attivazione psicofisiologica "arousal" che comporta cambiamenti somatici e psicologici; utilizzare tecniche di comunicazione atte a modulare gli stimoli positivi e quelli avversativi).

Le misure di tipo strutturale, al fine di limitare il rischio di aggressioni, in particolar modo, devono mirare a:

- assicurare la presenza nei locali di telefoni e/o altri ausili per dare l'allarme in caso di bisogno;
- mantenere buoni livelli di illuminazione artificiale nella struttura e nelle aree annesse (per esempio: parcheggi);
- ove possibile, dotare di barriere fisiche le postazioni a contatto con il pubblico;
- eliminare, per quanto possibile, oggetti o attrezzature che possono essere utilizzate come corpi contundenti o taglienti (ad es. tagliacarte, forbici, vasi, ...);
- dotare la struttura di validi sistemi di chiusura delle porte e delle finestre, al fine di limitare il rischio aggressioni in danno del lavoratore che opera da solo o in orari di non apertura al pubblico;
- installare un videocitofono al fine di consentire al lavoratore che opera nella struttura, da solo o in orari di non apertura al pubblico, di poter colloquiare con un l'utente interponendo una barriera fisica;

L'impegno delle ASL, nel garantire la salute e il benessere dei lavoratori, deve essere rivolto al contrasto degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e promuovere processi culturali atti ad aumentare la responsabilizzazione delle persone.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. - <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-dati-inail-2020-ottobre-pdf.pdf>.

L'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO



Alessia
LABATE



Michela
LACASELLA

L'infermiere nella gestione del percorso clinico-assistenziale del paziente oncologico, riveste un ruolo chiave poiché è responsabile di tutte le fasi assistenziali, dalla presa in carico del paziente fino alla sua dimissione, ed in particolar modo per quanto riguarda l'attuazione delle procedure terapeutiche riferite alla somministrazione del protocollo terapeutico, che è e rimane di competenza del medico, mentre per quanto attiene la somministrazione dei farmaci, dal punto di vista giuridico, è di competenza infermieristica.

Importantissimo è il riconoscimento tempestivo delle reazioni avverse alla terapia e saper programmare, conseguentemente, tutti gli interventi assistenziali che devono essere messi in atto. Con le competenze acquisite, indiscutibilmente, l'infermiere è in grado di identificare il prima possibile eventuali reazioni avverse alla terapia e, quindi, segnalare tempestivamente gli eventuali effetti collaterali. Compito dell'infermiere è quello di ascoltare e soddisfare, in primo luogo, i bisogni del paziente e contemporaneamente dei loro caregivers, quindi, trasmettere determinate conoscenze sia ai pazienti che ai loro caregivers, in un'ottica di continuità assistenziale ospedale territorio (quando è necessario attivare un percorso di assistenza domiciliare). Nell'ambito dell'assistenza domiciliare l'infermiere di famiglia e comunità, ha sicuramente un ruolo centrale nei percorsi di presa in carico e assistenza al domicilio del paziente oncologico. Per gestire in sicurezza tutte le fasi del percorso clinico-assistenziale del paziente oncologico è fondamentale l'acquisizione di competenze avanzate relative all'uso di farmaci specifici, in modo che l'infermiere possa riconoscere e gestire eventuali problematiche nel cor-

so della somministrazione delle terapie, soprattutto se è necessario l'uso di dispositivi medici. Per fornire un'assistenza di qualità, oggi, si rende necessario dare agli infermieri la possibilità di accedere a competenze avanzate e specialistiche oltre a quelle che sono state acquisite con l'esperienza. Inserire tali professionisti, con competenze avanzate, nei reparti appropriati, evitando che l'infermiere specializzato in un settore sia poi costretto, per diverse motivazioni, a cambiare contesto lavorativo.

Particolare attenzione la si deve porre ad infermieri neo-assunti per i quali devono essere messi a disposizione materiali informativi ad hoc e definire nel contempo un percorso, per l'inserimento lavorativo nel dipartimento medico sia del personale infermieristico sia di supporto, che deve essere finalizzato a:

- porre l'operatore neo-assunto o trasferito da altre Unità Operative/Servizi/Ambulatori nelle migliori condizioni per l'assolvimento delle funzioni che gli vengono richieste;
- migliorare sin dall'inizio la qualità del lavoro effettuato;
- diminuire la possibilità di errori ed infortuni (rischio clinico - D. Lgs 24/2017 e rischio occupazionale - adempimenti previsti dal D. Lgs 81/2008 e s.m.i.);
- razionalizzare al meglio il lavoro per se stesso e per l'equipe con cui dovrà interagire (coordinatore infermieristico, colleghi infermieri, OSS, personale medico);
- evitare che l'operatore possa ricevere informazioni inesatte, distorte o incomplete;
- valutare sin dall'inizio le attitudini e le capacità professionali del neo-assunto ed eventualmente supportarlo nella gradualità dell'apprendimento (dagli obiettivi più semplici a quelli più complessi).

All'infermiere neoassunta o trasferita da un'altra Unità Operativa/Servizio/Ambulatorio deve essere illustrata l'area di assegnazione e presentato, altresì, il percorso di inserimento. Deve essere accompagnata nell'Unità Operativa/Servizio/Ambulatorio di assegnazione e gli deve essere presentato il coordinatore infermieristico. Il coordinatore deve illustrare il reparto, presentare la struttura e l'equipe; individuare, quindi, un Facilitatore (il tutor è un infermiere già inserito nell'Unità Operativa/Servizio/Ambulatorio a cui viene affiancato il neoassunto e a cui è affidata la responsabilità circa l'acquisizione di conoscenze ed abilità necessarie al raggiungimento della sua autonomia professionale all'interno di quel servizio. Praticamente ha il compito informare e formare sulle dinamiche di lavoro proprie del nuovo contesto lavorativo; comprendere quali siano le carenze for-

lutazione (valutazione intermedia) in cui si valuteranno gli obiettivi raggiunti. Se la valutazione non è positiva possono essere definiti correttivi che comprendono la modifica del Facilitatore di riferimento o la richiesta di cambio di Unità Operativa/Servizio/Ambulatorio. Se la valutazione è positiva, il neoassunto/trasferito prosegue la sua attività lavorativa fino al compimento del sesto mese, data in cui sarà effettuata la valutazione finale. L'inserimento del neo assunto in un nuovo contesto operativo ha, quindi, lo scopo di condurre per gradi a un buon livello di efficacia ed autonomia nell'esecuzione del lavoro, quindi, acquisire abilità e competenze per far fronte alle diverse esigenze lavorative, ma anche alla consapevolezza della cultura aziendale attraverso l'assunzione di norme, comportamenti e valori favorendo l'inserimento nell'equipe e nel con-

“L’infermiere è presente in tutte le fasi dell’assistenza infermieristica (intesa come “l’uso del giudizio clinico nell’erogazione delle cure per rendere le persone capaci di migliorare, di mantenere o di recuperare la salute, di affrontare problemi di salute e di realizzare la miglior qualità di vita possibile, quale che sia la loro malattia o disabilità, fino alla morte”) e ricopre un ruolo importantissimo nel percorso di cura e assistenza delle persone malate di cancro”

mative e mettere in atto interventi tali da colmare le lacune; valutare le performance; identificare, insieme all'interessato, quando questi può ritenersi autonomo) a cui il nuovo assunto/trasferito sarà affiancato per il periodo di inserimento. Il Facilitatore illustra al neoassunto/trasferito la mappa delle competenze da acquisire e la scheda di valutazione che ne identifica i criteri. Il neoassunto/trasferito trascorrerà almeno 15 giorni in attività di affiancamento in sovrannumero rispetto alle presenze giornaliere. Trascorso tale periodo, il neoassunto/trasferito sarà inserito nel turno di lavoro, ma sarà sottoposto alla supervisione del Facilitatore per un periodo di almeno 2 mesi. Se in questo periodo dovessero emergere problematiche specifiche rispetto al reparto di inserimento il coordinatore dovrà rivolgersi con sollecito al Servizio Infermieristico per un eventuale cambio di assegnazione del nuovo assunto. Trascorsi 3 mesi dall'inserimento nell'Unità Operativa/Servizio/Ambulatorio sarà effettuata la prima va-

testo organizzativo.

L'infermiere deve essere formato su tutte le fasi del processo di somministrazione dei protocolli terapeutici e nella gestione della terapia, in particolar modo su:

- via di somministrazione;
- effetti collaterali;
- comprensione della scheda di somministrazione;
- rispetto dei tempi della somministrazione della pre-medicazione;
- importanza del rispetto di tempi e modalità di somministrazione;
- parametri vitali da rilevare;
- conoscenza dei dispositivi medici utilizzati;
- scale di tossicità/effetti collaterali (conoscenza della scala di tossicità utilizzata; degli effetti collaterali più/meno comuni; dei tempi di insorgenza di questi effetti; e conoscenze base delle procedure di rianimazione come ad esempio il BLS).

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. PERCORSO DI ACCOGLIENZA E INSERIMENTO DEL PROFESSIONISTA SANITARIO INFERMIERE NEL BLOCCO OPERATORIO DI TUTTI I PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL BARI (Deliberazione 1309/2021).
2. PERCORSO DI ACCOGLIENZA E INSERIMENTO DEL COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE IN TUTTE LE UNITA' OPERATIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL BA (Deliberazione 239/2019).
3. http://www.asl.bari.it/pdf/DELIB_1309_2021_.pdf.
4. <http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/delibere-e-determine-2019>.
5. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/diritti-doveri-neo-assunto.html>.
6. https://www.asmbasilicata.it/upload/asm_matera/gestionedocumentale/P015-inserimento-neo-dipmedico_784_3173.pdf.

27 GENNAIO 2023

Sala Convegni **The Nicolaus Hotel**
Via Cardinale Agostino Ciasca n. 27 - Bari

“LE RESPONSABILITA’ INFERMIERISTICHE NEL SERVIZIO 118: Analisi della gestione del soccorso e prospettive dell’attuale sistema 118 pugliese”

L'emergenza-urgenza rappresenta un ambito molto complesso e pieno di attività assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali.

Tutte le attività sanitarie, prestate in situazione di emergenza-urgenza, devono essere di livello adeguato al bisogno e assicurare, altresì, il miglior servizio possibile, tenendo conto anche delle best practice.

Necessario predisporre un'organizzazione che deve prevedere procedure operative specifiche, concordate ed integrate, per ogni livello di responsabilità.

In merito alla responsabilità nel 2017 c'è stata la promulgazione della legge n. 24, cosiddetta legge Gelli-Bianco (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie).

L'elemento fondamentale è dato dalle evidenze scientifiche di riferimento che determinano quali sono le buone pratiche cliniche e quindi, a ricaduta, la responsabilità professionale.

L'art. 590-bis del codice penale recita che l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

Agli effetti di cui al primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali.