

INFERMIERI & VINCOLO DI ESCLUSIVITÀ

EDITORIALE

Il déjà-vu degli infermieri sul vincolo di esclusività

PRIMO PIANO

Infermieristica, studenti sfiduciati: "ci sono pochi tutor clinici"

PROMOZIONE SALUTE

Telemedicina: nuova concezione dell'assistenza

IN FORMAZIONE

Il tutor professionale



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane - Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari - Anno XXXI - N° 1/2/3 gennaio/febbraio/marzo 2023 - 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 - e-mail: redazionefilodiretto@libero.it

Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I.

70056 Molfetta (Ba)

T. 080 337 50 34

www.editricelimmagine.it

Finito di stampare il 18 aprile 2023

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

Annamaria Allegretta, Salvatore Altavilla, Sandra Bellini, Claudia Carella, Maria Colapinto, Cosimo Della Pietà, Domenico Dentico, Nicoletta Di Pietro, Michele Fighera, Ciro Genchi, Vincenzo Inglese, Alessia Labate, Maria Concetta L'Abbate, Michela Lacasella, Raffaele Manzari, Angela Sassone, Angela Sardella

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Le norme editoriali complete sono consultabili sul sito web dell'OPI BARI al seguente link: <https://www.opibari.it/redazione-filodiretto/>

Filodiretto è un periodico dell'OPI 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, ...), 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) 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 e con brevi didascalie. 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. 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 Redazione e del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli.

EDITORIALE

- 3 IL DÉJÀ-VU DEGLI INFERMIERI SUL VINCOLO DI ESCLUSIVITÀ**
Saverio **ANDREULA**

PRIMO PIANO

- 5 INFERMIERISTICA, STUDENTI SFIDUCIATI: "CI SONO POCHI TUTOR CLINICI"**
Salvatore **PETRAROLO**
- 6 ANDREULA ACCUSA: "UNIVERSITÀ, PROTOCOLLI D'INTESA NON RISPETTATI"**
Salvatore **PETRAROLO**
- 7 VOLPE: "A TARANTO POSTI IN PIEDI PER SEGUIRE LE LEZIONI"**
Salvatore **PETRAROLO**
- 8 ANTONAZZO (OPI LECCE): "ATTIVIAMO LA LAUREA MAGISTRALE"**
Salvatore **PETRAROLO**
- 9 PAPAGNI: "A BARLETTA MANCANO DOCENTI MED45 IN INFERMIERISTICA"**
Salvatore **PETRAROLO**
- 10 L'ASSESSORE LEO ASSICURA: "INVESTIAMO IN EDILIZIA UNIVERSITARIA"**
Salvatore **PETRAROLO**

PROFESSIONE IN AZIONE

- 11 L'ASPIRAZIONE ENDOTRACHEALE NEL NEONATO INTUBATO: UPGRADE 2022**
Domenico **DENTICO**, Raffaele **MANZARI**
- 13 IL KNOW-HOW NEL 118 E TRAGUARDI DELL'EMERGENZA TERRITORIALE PUGLIESE**
Ciro **GENCHI**
- 16 APPROCCIO INTERDISCIPLINARE TRA "DIRIGENTE INFERMIERISTICO", "PROJECT MANAGER"**
Claudia **CARELLA**
- 19 CARBAPENEM-RESISTANT ENTEROBACTEREALES: SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE**
Salvatore **ALTAVILLA**, Nicoletta **DI PIETRO**
- 22 L'IMPORTANZA DEL BRIEFING E DEL DEBRIEFING NEL 118**
Michele **FIGHERA**

RICERCA INFERMIERISTICA

- 25 DIMISSIONI PROTETTE**
Cosimo **DELLA PIETÀ**

PROMOZIONE SALUTE

- 28 TELEMEDICINA: NUOVA CONCEZIONE DELL'ASSISTENZA**
Angela **SARDELLA**, Maria **COLAPINTO**

SICUREZZA E BENESSERE

- 31 LEADERSHIP: CHIAVE DI SUCCESSO PER MIGLIORARE I CONTESTI LAVORATIVI**
Sandra **BELLINI**, Angela **SASSONE**
- 34 CONDIZIONI DI SICUREZZA E SALUTE OTTIMALI RAPPRESENTANO UN BENE PER L'AZIENDA**
Alessia **LABATE**, Maria Concetta **L'ABBATE**

IN FORMAZIONE

- 36 LE FASI DELLA GESTIONE PER OBIETTIVI**
Vincenzo **INGLESE**, Michela **LACASELLA**
- 38 IL TUTOR PROFESSIONALE**
Carmela **MARSEGLIA**, Annamaria **ALLEGRETTA**

IL DÉJÀ-VU DEGLI INFERMIERI SUL VINCOLO DI ESCLUSIVITÀ



Saverio
ANDREULA

... a tempo

Mi intrometto nell'interessante agorà attivata dal recentissimo decreto "bollette" (a piè pagina) per gli ambiti di interesse sanitario anticipati dal ministro Schillaci prima della sua pubblicazione.

È opinione diffusa ritenere che il ministro abbia subito forti pressioni per annacquare la portata politica del provvedimento rivisto nella sua efficacia temporale collocata alla fine dell'anno 2025 e non solo. L'articolato del decreto evita di richiamare i vincoli che impone la legge n. 127/21 ai lavoratori che intendono avvalersene. In buona sostanza per autorizzare gli infermieri ad attività libero professionali le aziende sanitarie a prescindere dal decreto "bollette" dovranno:

- Garantire prioritariamente le esigenze organizzative istituzionali;
- Verificare il rispetto della normativa sull'orario di lavoro;
- Verificare che non vi sia nocumento alle liste di attesa.

Insomma, ci vorrà tempo a che si determinino, con successivo decreto attuativo, le condizioni applicative del decreto dal ministro Schillaci.

Trovo sia imbarazzante, ma altresì significativa e incomprensibile la spartana e inedita dichiarazione resa dal Ministro sulla novità dello stop a tempo del "suo" decreto che di seguito riporto: "Si dimostrerà l'utilità fino a farlo renderlo strutturale". Consiglio la lettura della prestigiosa rivista il sole 24 ore, in box a seguire a pag. 4, per ulteriori elementi di incomprensibilità che offre il testo riformato del decreto bollette.

A mio avviso tanto evidenza, la "debolezza politica" del ministro Schillaci, costretto a rivedere in alcuni elementi sostanziali, un testo di legge presentato prima della sua pubblicazione, cambiato poi repentinamente per dichiarati e improbabili aspetti temporali di analisi e verifica sulla sua fattibilità.

Evidentemente, dietro le quinte del teatrino della politica, alcune lobby professionali stabilmente

IL TESTO FINALE DELL'ARTICOLO N.13 DEL DECRETO "BOLLETTE"

(In neretto le modifiche intervenute rispetto alla prima stesura)

(Misure per gli operatori delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43) 1. All'articolo 3-quater del decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 novembre 2021, n. 165, il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. **Fino al 31 dicembre 2025**, agli operatori delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, appartenenti al personale del comparto sanità, al di fuori dell'orario di 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. Il Ministero della salute effettua annualmente il monitoraggio delle autorizzazioni concesse e dei tassi di assenza e dei permessi fruiti dal personale autorizzato.»

DECRETO BOLLETTE/ L'ANALISI IN FILIGRANA PER LA PARTE "SANITÀ" DEL TESTO IN GAZZETTA. CON QUALCHE SORPRESA E DIVERSI INTERROGATIVI APERTI

Art. 13 decreto "bollette" attenuazione dei vincoli di esclusività per il personale sanitario del comparto (considerazioni da Il sole 24 ore)

Si tratta della seconda modifica nel giro di un mese della stranissima norma adottata nel 2021 che è stata "letta" come parziale riconoscimento della libera professione del personale sanitario del comparto. La norma è illeggibile come le precedenti e c'è da segnalare che all'entrata in Consiglio dei ministri non era presente il limite temporale del 31 dicembre 2025. Per il resto, valgono tutte le osservazioni fatte in passato riguardo ad una disposizione che non parla mai esplicitamente di libera professione ma, ragionando al contrario, allenta i vincoli dell'esclusività. In particolare, nel comma 2 si parla di "incarichi di cui al comma 1", laddove non ve ne è traccia. La parola "operatori" riferita alle professioni sanitarie, peraltro, non si usa più da vent'anni. Del tutto incomprensibile il monitoraggio su tassi di assenza e permessi, previsione dell'ultima ora.

seduti tra gli scanni del Parlamento, hanno indotto e costretto il ministro "tecnico" della salute a ripiegare e rendere meno efficace la portata del provvedimento atteso e "promesso" agli Infermieri e a tutti i professionisti della salute di tutte le professioni sanitarie non mediche.

Insomma, un'ulteriore e preoccupante richiesta di aiuto condizionante che la politica rivolge alla professione infermieristica nel momento del bisogno e delle necessità che il paese esprime 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.

Esattamente come già accaduto in quest'ultimo periodo di atroce perdurare della situazione pandemica indotta dal virus Sars-CoV-2, con il decreto "sostegni" che ha aperto agli Infermieri del pubblico impiego la possibilità di effettuare la profilassi vaccinale disapplicando i vincoli di esclusività del rapporto di lavoro sempre a tempo.

È utile ricordare che il decreto "sostegni" (art. 20 comma 464-bis del governo presieduto da Giuseppe Conte) ha determinato 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, utile per uscire il più rapidamente possibile dalla pandemia.

Insomma, infermieri temporaneamente reclutati per effettuare un lavoro a "cottimo" che apriva alla possibilità di una successiva e più ampia estensione dell'allentamento del vincolo di esclusività sino a giungere alla sua definitiva cancellazione, come anticipata da Ministro e poi vincolata ad un arco temporale relativamente breve, data la

necessità di definire con successivi decreti la portata attuativa del provvedimento di non poco conto e complessità.

Insomma è un déjà-vu che la dice lunga sulle intenzioni della politica e sul rispetto della stessa per la professione Infermieristica.

Non basta già di aver abusato della pazienza degli Infermieri "eroi" del periodo pandemico impiegati come vere e proprie truppe cammellate sul fronte di guerra con regole d'ingaggio a tempo.

E allora c'è da chiedersi il perché dobbiamo subire un'autentica vessazione e declassamento per la disciplina delle attività libero professionali che invero per ordinamento sono consentite esclusivamente in varie forme ai dipendenti del servizio sanitario, appartenenti unicamente alla dirigenza sanitaria medica e veterinaria.

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 giunta l'ora (PERPETUA) di restituire agli Infermieri la libertà incondizionata di porsi di più e meglio al servizio dei cittadini, ancorché in questo periodo in cui il nostro Paese evidenzia una catastrofica carenza numerica di Infermieri rispetto ai propri bisogni.

INFERMIERISTICA, STUDENTI SFIDUCIATI: “CI SONO POCHI TUTOR CLINICI



Salvatore
PETRAROLO

Da qualunque punto di osservazione la si voglia raccontare, la storia dei corsi di laurea in infermieristica nelle quattro università pugliesi che li ospitano (UniBa, UniFoggia, Uni-Salento e Lum), si porta con sé diverse criticità, in buona parte strutturali, ma non mancano le lacune sul piano didattico e formativo. Il grido d'allarme lo lanciano gli Opi della Puglia e non tratta di una voce isolata. Ad amplificare quelle preoccupazioni, infatti, ci pensano gli studenti, i primi a pagare sulla propria pelle le disfunzioni che si registrano nei corsi di laurea in infermieristica. Questi stessi studenti che sono stati coinvolti, attraverso le loro associazioni di rappresentanza, nel confronto promosso dagli Opi pugliesi a Bari, per discutere della qualità della formazione universitaria e delle possibili sinergie da mettere in campo per migliorarla. Mancanza di spazi, tutor clinici carenti, situazioni di rischio e demansionamento: sono alcune delle criticità denunciate dagli studenti. “Gli studenti di infermieristica – racconta Pieralba Lopopolo, studentessa al terzo anno ad UniBa – iniziano il tirocinio il primo anno e già dal secondo semestre, vengono mandati nei reparti molto spesso senza una preparazione pre clinica. In pratica i ragazzi vengono catapultati in reparto senza una formazione di base. Gli studenti – denuncia ancora la Lopopolo – vengono affidati a dei tutor clinici che, però, non sono quelli di cui si parla. Dovrebbero essere le nostre persone di riferimento, quelli a cui affidare la nostra formazione ed invece il tutuor clinico, spesso, è colui che pone la firma sul libretto alla fine delle ore di formazione”. A ciò si aggiunga il fenomeno del demansionamento anche degli studenti di infermieristica: “Non è raro – racconta ancora Pieralba Lopopolo – trovare tutor che affidano compiti non professionalizzanti che non solo non riguardano l’infermieristica odierna, ma logorano questa professione atto dopo atto”. Non meno preoccupanti sono le carenze strutturali: “L’attuale corso di laurea in infermieristica – spiega Sara Franciosa,

rappresentante degli studenti di Medicina ad UniBa – non riesce a contenere e garantire una efficienza didattica, perché spesso le aule sono in condivisione con gli altri corsi di laurea”. Così accade che, molto spesso, i corsi di sovrappongono e ci sono studenti che devono rinunciare, in alcune occasioni, o a seguire le lezioni o, ancora peggio, a non sostenere l’esame. Anche Sara Franciosa punta il dito sulla mancanza di tutor clinici: “Servirebbero per garantire agli studenti l’erogazione della didattica, ma soprattutto una formazione pratica adatta, per uscire dal percorso di studi in maniera completa”. La mancanza di laboratori pre clinici, aggiunge la Franciosa, crea una situazione paradossale: “Gli studenti vengono ‘buttati’ nei reparti senza sapere preventivamente quello che andranno a fare, mettendo a rischio anche i pazienti”. “Questo territorio è capace di offrire un percorso formativo che sia realmente capace di preparare al mondo del lavoro?” si chiede Grazia De Giuseppe, rappresentante degli studenti con l’associazione “Link Bari”. “La Puglia – spiega – ha bisogno di figure infermieristiche altamente specializzate. Per rispondere a questa richiesta è necessario che gli Atenei aumentino i posti a disposizione tanto a livello di lauree triennali e soprattutto per quanto riguarda le lauree magistrali”. Serve investire sulla formazione, aggiunge la De Giuseppe, “attraverso un riaggiornamento dei piani di studio che spesso non sono corrispondenti alle esigenze pratiche richieste dal mondo del lavoro”. Senza dimenticare che il percorso di studi, soprattutto per gli studenti pendolari, deve essere sostenibile: “Per i fuori sede dover frequentare le lezioni di tirocinio e quelle frontali, ma poi dedicarsi anche alla preparazione degli esami, è sempre più difficile se il sistema pubblico dei trasporti è inefficiente” spiega la De Giuseppe. Il grido d’allarme degli studenti, di fatto, fa il paio con quello degli Opi pugliesi: “Dobbiamo permettere agli studenti pugliesi di avere le stesse competenze dei loro colleghi sul resto del territorio nazionale”.

ANDREULA ACCUSA: “UNIVERSITÀ, PROTOCOLLI D’INTESA NON RISPETTATI”



Salvatore
PETRAROLO

“Abbiamo problemi di organizzazione, di strutture carenti, di modelli organizzativi”: Non ci gira attorno il presidente dell’Opi di Bari, Saverio Andreula, nel fotografare la situazione dei corsi di laurea in infermieristica nelle università pugliesi.

Un quadro con più ombre che luci, mostrato in maniera dettagliata nell’appuntamento promosso da tutti gli Opi pugliesi a Bari, alla presenza anche dei rappresentanti degli studenti. “Questo momento di confronto – spiega Andreula – è nato proprio perché ci sono dei problemi. Abbiamo avuto la voglia di individuarli e scoprirli, muovendoci nel solco di un solo obiettivo: rappresentare gli interessi della classe infermieristica e fa sì che gli stessi (interessi n.d.r.) vengano salvaguardati sin dall’ambito formativo per i giovani infermieri”.

Ecco spiegato anche il motivo che ha portato gli Opi di Puglia, con quello di Bari a fare da capofila, ad organizzare questo momento di confronto dal quale emerge un messaggio abbastanza chiaro: “Noi stiamo lavorando perché all’interno dei corsi di laurea in infermieristica si applichino semplicemente gli ordina-

menti didattici” sottolinea Andreula. Per raggiungere questo traguardo la strada è tracciata: “Stiamo aprendo alle migliori sinergie per arrivare a questo risulta-

to” aggiunge il presidente dell’Opi Bari. Ci sono gli studenti a rappresentare una parte importante del mondo universitario e a loro Andreula rivolge parole di ringraziamento: “Le associazioni degli studenti sono quelle che hanno il polso della situazione nelle nostre università, vivono in maniera diretta le criticità e a noi tocca il compito di lavorare per il loro futuro”.

La situazione nelle università pugliesi (UniBa, UniFoggia, UniSalento e Lum) è paradossale, spiega ancora il presidente dell’Opi di Bari: “Se si leggono i protocolli d’intesa, gli accordi attuativi, i regolamenti delle singole università, è scritto chiaramente qual è l’impegno che dovrebbero rispettare per lo svolgimento degli obiettivi formativi. Nella realtà, e le testimonianze dirette ce lo confermano, le stesse università non seguono i regolamenti” denuncia Andreula.

Che punta il dito anche sull’utilizzo delle risorse destinate alla didattica: “Coloro che hanno responsabilità in questo sistema (Regione e direttori generali delle Asl) mettono a bilancio delle risorse con l’indicazione che le stesse devono essere utilizzate per migliorare la didattica, per fornire tutti gli strumenti operativi così da mettere in condizione gli studenti di accrescere la loro qualità della formazione. Eppure – aggiunge il presidente dell’Opi Bari – noi stiamo ancora aspettando risposte su come siano state utilizzate quelle risorse e per quali scopi sono state impegnate”. Infine l’affondo sulle docenze: “C’è l’Università di Foggia – spiega Andreula – che non garantisce le percentuali di docenze universitarie perché dà incarichi formativi a tutti.

Non possiamo più tollerare che questo accada nella nostra regione” aggiunge Andreula. Che chiama tutta la categoria professionale ad un’azione forte nei confronti dei decisori.



VOLPE: “A TARANTO POSTI IN PIEDI PER SEGUIRE LE LEZIONI”



Salvatore PETRAROLO

Quando gli viene chiesto di fotografare la situazione del polo formativo in infermieristica a Taranto, Pierpaolo Volpe presidente dell’Opi di quella provincia, non esita a restituire una immagine “offuscata”.

Definizione netta, l’esatto contrario delle troppe sfumature, tendenti al grigio, che emergono dalla situazione tarantina. “A chi mi chiede l’immagine che posso fornire sulla situazione del polo formativo di Taranto – spiega Volpe – non ha nulla a che vedere con un polo formativo universitario”. Racconta, il presidente dell’Opi tarantino, che la sede è all’interno di una struttura che non ha aule didattiche, ma spazi per la convegnistica e tanto basterebbe per raccontare quello che accade in quella provincia. “Questa situazione l’abbiamo già rappresentata alla direzione strategica della Asl, alla Regione Puglia e all’Università” racconta Volpe, senza che qualcosa sia cambiato. Perché a Taranto, aggiunge il presidente dell’Opi, l’attenzione della politica adesso è votata verso la Scuola di Medicina, altra storia paradossale della formazione universitaria pugliese in tema di sanità. Il problema della scuola di Medicina (c’è la sede, ma mancano i docenti n.d.r.) per Volpe



è una sorta di “distrazione di massa dalle criticità che riguardano i corsi di laurea delle professioni sanitarie tutte”.

Ad infermieristica c’è il maggior numero di studenti e in questo caso, se potesse dare un voto, Volpe non esita ad esprimere una insufficienza. “Il livello formativo – spiega – può essere anche qualità in termini di know out trasferito dai docenti, ma se la vogliamo leggere sotto l’aspetto strutturale, possiamo dire che l’offerta formativa non ha un indice di misurazione di qualità che possa essere chiamato tale”. Anche Volpe chiede a tutti i presidenti degli altri Opi pugliesi di fare rete e agli studenti rivolge un appello senza fronzoli: “Invito a segnalare le criticità perché non va tutto bene. Dico agli studenti: quando il preside della Scuola di Medicina viene al nostro polo formativo (quello delle professioni sanitarie n.d.r.), dobbiamo avere il coraggio di rappresentare lo stato dell’arte, perché non va per niente tutto bene”. La realtà è incontrovertibile, a giudizio di Volpe: non vengono rispettati gli standard per gli spazi previsti per ogni studente (dovrebbe essere di 1,7 metri quadrati); nel polo formativo di Taranto non c’è l’aula per le esercitazioni pratiche e i posti a sedere, per seguire le lezioni, sono insufficienti così spesso accade che c’è chi deve sedersi per terra. Volpe, però, guarda avanti perché bisogna trovare soluzioni adeguate: “Abbiamo chiesto il coinvolgimento delle aziende sanitarie. Sono i direttori generali che hanno la responsabilità di realizzare ciò che è indicato nel documento programmatico. Chiederò – aggiunge il presidente dell’Opi di Taranto – che i direttori generali vengano valutati anche per la capacità di porre in essere quelli che sono gli accordi e le intese con l’Università anche sulla base dei protocolli sottoscritti dalla Regione Puglia con l’Università”. Serve una formazione di qualità, conclude Volpe, perché “se vogliamo dignità professionale per gli infermieri, quella nasce anche dalla formazione della nostra comunità professionale”.

ANTONAZZO (OPI LECCE): “ATTIVIAMO LA LAUREA MAGISTRALE”



Salvatore
PETRAROLO

E' un'isola felice il polo formativo di infermieristica in provincia di Lecce. Tra quelli pugliesi conta meno criticità rispetto alle altre università.

Molto, probabilmente, dipende dall'essere diventati autonomi da poco tempo, come spiega il presidente dell'Opi di Lecce, Marcello Antonazzo: “Abbiamo cominciato da quest'anno con il corso di laurea in infermieristica perché sino ad oggi eravamo sotto Uniba”. Dall'anno prossimo partiranno anche i corsi nel polo di Tricase, mentre quest'anno sono attivi sono quelli a Lecce: “Siamo contenti – prosegue Antonazzo – perché è un risultato (quello dell'autonomia rispetto ad UniBa n.d.r.) che stavamo perseguendo da molti anni”. Le criticità, al momento, sono minime come spiega ancora il presidente dell'Opi di Lecce: “Nella mappatura che abbiamo fatto come Ordine, ci sono poche caselle rosse. Non va dimenticato che, in materia di formazione infermieristica, abbiamo una storia importante come Salento con l'Ente Ecclesiastico “Panico”, con l'ospedale “Vito Fazzi” di Lecce e per questo non riscontriamo le criticità che ci sono negli altri poli didattici”. Anche sul fronte dei tutor clinici, uno dei punti più fragili dei corsi universitari in infermieristica, il Salento può considerarsi una eccezione: “Abbiamo un numero discreto di tutor clinici – conferma Antonazzo – ci sono gli assistenti alle guide di tirocinio sia dal punto di vista



strutturale che organizzativo anche se non mancano aspetti da migliorare anche se UniSalento ha già preso degli impegni soprattutto per quanto riguarda i laboratori d'aula che andranno potenziati con simulatori e altre attrezzature per migliorare le competenze dei futuri infermieri”. L'Opi di Lecce sta ancora lavorando sul fronte dei posti da mettere a disposizione degli studenti che intendano iscriversi al corso di laurea in infermieristica, ma questo “non deve andare a discapito della qualità” aggiunge Antonazzo. “Noi ci teniamo che venga proposta un'offerta formativa che sia in linea con quanto indicato dall'Anvur che ha dato indicazioni specifiche per i requisiti di accreditamento”. Il presente è roseo, nei poli formativi salentini, e per il futuro si attendono importanti novità: “In sede di confronto con l'Università ma anche con la Regione – racconta il presidente dell'Opi Lecce – abbiamo comunicato il numero di posti da mettere a concorso per il prossimo anno accademico chiedendo più posti per la laurea triennale, ma anche nuovi posti per la magistrale”. Qui il ragionamento si allarga a tutte le università pugliesi con una proiezione di 1677 posti da distribuire per la laurea triennale sulle quattro università che hanno la laurea in infermieristica e 419 posti da destinare alla laurea magistrale. Più realisticamente, per quanto riguarda la laurea magistrale, Antonazzo spera che vengano previsti “20 posti per ogni università”. L'attivazione dei corsi per la laurea magistrale, però, non è più differibile: “L'orientamento della categoria professionale – spiega Antonazzo – va verso la specializzazione e quindi verso le lauree magistrali ad indirizzo clinico. Per questo chiediamo non solo ad UniSalento, ma anche ad UniBa, UniFoggia e Lum che prevedevano anche un numero minimo di posti destinati alla laurea magistrale. E' un punto di partenza” chiosa Antonazzo.

PAPAGNI: “A BARLETTA MANCANO DOCENTI MED45 IN INFERMIERISTICA”



Salvatore
PETRAROLO

C'è un dato percentuale che basterebbe, da solo, a raccontare, con quali difficoltà ci si muove nel corso di laurea in infermieristica nel polo formativo di Barletta.

Il dato è riferito al numero di professori, con il 60 per cento di docenti a contratto (personale della Asl che viene destinato anche all'insegnamento) e la totale assenza dei professori Med45, i dottori in infermieristica che insegnino la loro materia agli infermieri del futuro. E' questa, con ogni probabilità, la criticità più evidente del polo formativo barlettano, tutt'altro che autonomo visto che dipende dall'Università di Foggia. Il presidente dell'Opi Bat, Giuseppe Papagni, prova a mettere sul tavolo però qualche elemento favorevole: “stiamo per avviare un bando per la formazione degli assistenti di tirocinio – racconta – ed è un risultato che ci inorgoglisce perché lo abbiamo ottenuto con la collaborazione di tutti: ufficio formazione della Asl Bat, Università e commissione dell'Ordine che si occupa di formazione universitaria”. La collaborazione tra i diversi soggetti protagonisti della formazione, resta il filo conduttore dell'azione dell'Opi Bat, spiega ancora il presidente Pa-



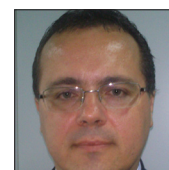
pagni: “L'obiettivo è quello di portare quella qualità che oggi è indispensabile per raggiungere gli obiettivi formativi che sono richiesti alla categoria professionale”. Anche il lavoro sui tavoli regionali, per ottenere questi risultati, ha come tratto caratteristico la collaborazione. Questo, però, non elimina le criticità presenti nel polo formativo di Barletta: “Noi abbiamo il coordinatore delle attività professionalizzanti – spiega Papagni – che si occupa della formazione al 50 per cento perché è impegnato con l'Azienda sanitaria in un altro settore”. Anche la crescita del numero di studenti non è motivo di soddisfazione: “Siamo passati da 80 a 100 studenti – spiega il presidente dell'Opi Bat – ma non abbiamo gli spazi adeguati per poter erogare l'attività didattica nel rispetto dei protocolli d'intesa con la Regione”.

L'assenza di un docente Med45 resta uno dei “vulnus” da superare: “E' il punto di riferimento in tutte le università che si occupano di infermieristica e per questo dobbiamo fare pressione sull'Ateneo perché venga previsto” aggiunge Papagni. Quella dei professori a contratto, poi, è una sorta di piaga dei corsi di laurea in infermieristica nel polo di Barletta: il 60 per cento della formazione è a carico della Asl, rispetto al 40 per cento previsto nel protocollo d'intesa tra università-regione e Università. In pratica la Asl si caricherebbe di costi in favore Delle Università che potrebbe essere investito in altre attività di sua pertinenza” spiega Papagni.

Che punta ancora il dito sui protocolli con la Regione che non vengono rispettati: “Le percentuali del carico formativo sono praticamente invertite rispetto a quanto previsto da quei protocolli. E' uno dei punti fondamentali per dare maggiore qualità al corso di laurea in infermieristica”.

Anche per non sentirsi, come accade da tempo, una laurea di serie B nel mondo della sanità.

L'ASSESSORE LEO ASSICURA: "INVESTIAMO IN EDILIZIA UNIVERSITARIA"



Salvatore
PETRAROLO

Investimenti nell'edilizia universitaria, per venire incontro anche alle esigenze degli studenti fuori sede e rendere la Puglia ancora di più di una regione universitaria. Ne parla, con Filodiretto, l'assessore regionale alla Formazione, Sebastiano Leo che incontriamo nella sede dell'assessorato a Bari.

"Faccio una premessa: la gestione dei corsi di laurea non è di competenza strettamente regionale, ma sono di competenza del Ministero dell'Università e, di conseguenza, degli Atenei. Soprattutto quando parliamo dell'aspetto didattico, la nostra competenza (quella della Regione) è pari a zero. Anche rispetto alla formazione, post e durante il percorso universitario, la Regione non può intervenire. Per quanto riguarda, invece, il discorso dell'edilizia universitaria, noi abbiamo già programmato anni fa un percorso importante che si è concluso e adesso stiamo riprendendo, non solo con la mia sezione università, ma anche con l'ufficio di presidenza della Regione Puglia, per allinearci e quindi dare un supporto e un contributo anche in termini di risorse con il Pnrr. Daremo risorse anche con i nostri fondi strutturali, per dare risorse importanti anche per l'edilizia universitaria. Per la formazione, riferita alla professione degli infermieri, anche qui dovremmo cercare di capire come organizzarci, cosa possiamo fare. Sull'aggiornamento annuale, il Dipartimento della Salute, ha chiesto all'assessorato alla Formazione, di costruire percorsi che potrebbero essere non attinenti alla formazione obbligatoria, ma di aiuto e di supporto per essere ancora più aggiornati e formati nella attività professionale".

I fondi del Pnrr potrebbero essere d'aiuto per sostenere i progetti di edilizia universitaria?

"Ci può aiutare il Pnrr, ma anche i nostri fondi strutturali sono importanti. Cercheremo in qualche modo di metterli a disposizione per quanto è possibile, sia in termini di quantità che in

termini di compatibilità perché bisogna sempre comprendere che le linee di finanziamento devono essere compatibili con le attività che si mettono in campo. C'è un altro ragionamento che è importante fare ed è quello del diritto allo studio: lo studente ha la possibilità, in base alle condizioni economiche e al merito del percorso di laurea, di avere non solo delle borse di studio ma anche di avere diritto ad un alloggio o in uno studentato e noi stiamo facendo grandi investimenti negli ultimi tempi a Taranto, Brindisi e a Foggia. Stiamo ristrutturando e acquistando alloggi: quello sarà un altro argomento perché per noi è importante far vivere la città quando si studia, tanto è vero che questo progetto lo abbiamo denominato "Puglia regione universitaria".

I presidenti degli Opi pugliesi denunciano il mancato rispetto dei protocolli d'intesa siglati tra Regione e Università o Aziende sanitarie, in materia di fondi da destinare all'attività formativa. Cosa ne pensa?

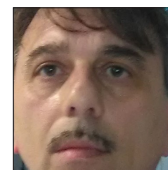
"Sia per le scuole di specializzazione che per i corsi di laurea in medicina e infermieristica, negli ultimi periodi noi abbiamo dato tante risorse. Diamo le risorse in base anche al piano di studi che loro ci indicano e chiaramente noi non entriamo nel merito. Ragioniamo e diamo le risorse in base a quella che è la loro attività curriculare. Dipende da loro se alcune materie le anticipano o le posticipano nei piani di studi, se c'è un ordinario (professore) piuttosto che un associato. E' chiaro che questo dipende molto da loro. Ci può essere un confronto con gli assessorati e di dipartimenti: quello della Salute e quello della Formazione e Università. Gli input non li diamo noi".

Gli studenti sono sfiduciati per le condizioni in cui sono costretti a seguire i corsi di laurea. Come risponde a questa sfiducia?

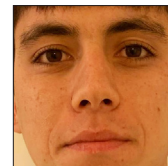
"In linea teorica gli studenti hanno sempre ragione. Ma se guardiamo le altre regioni, la Puglia nel diritto allo studio sta molto avanti, su questo non ci sono dubbi. Ai miei dirigenti e ai rettori ho chiesto anche di costruire nuove misure, nuovi percorsi con nuove idee per il diritto allo studio.



L'ASPIRAZIONE ENDOTRACHEALE NEL NEONATO INTUBATO: UPGRADE 2022



Domenico
DENTICO



Raffaele
MANZARI

L'aspirazione endotracheale è una importante procedura che consente di rimuovere le secrezioni accumulate nel tubo endotracheale (TET) e di mantenere, così, pervia la via aerea artificiale, permettendo di ottimizzare gli scambi gassosi durante la ventilazione meccanica.

Questa manovra assistenziale rappresenta uno degli aspetti più critici dell'attività infermieristica perché dolorosa e non priva di effetti collaterali.

L'obiettivo è massimizzare la rimozione delle secrezioni e ridurre o annullare le complicanze che si possono verificare se la procedura non viene eseguita correttamente.

Tra le complicanze più gravi vengono incluse la dislocazione del tubo endotracheale, l'atelettasia, la perdita di volume polmonare, lo pneumotorace, lo pneumomediastino, l'ipossiemia, la compromissione cardiovascolare e della pressione arteriosa, le fluttuazioni della pressione intracranica e della velocità del flusso sanguigno cerebrale, la polmonite da ventilazione artificiale (VAP) e le lesioni della mucosa delle vie aeree.

L'aspirazione nel tubo endotracheale può essere eseguita utilizzando un sistema chiuso o aperto e in entrambe le modalità, comunque, è necessario evitare l'aspirazione profonda, cioè fino alla carena, ma limitarsi a rimuovere le secrezioni solo all'interno del lume senza spingere il sondino oltre 0,5 cm dall'estremità del TET. I sistemi chiusi di aspirazione utilizzano un catetere di aspirazione protetto da un manicotto trasparente, che si integra nel circuito.

Le recenti linee guida AARC 2022, per quanto riguarda il neonato, consigliano di utilizzare una pressione negativa di aspirazione che sia la più bassa possibile ma sufficiente a rimuovere adeguatamente le secrezioni dal tubo. È stato dimostrato che, nei

neonati, pressioni di aspirazione comprese tra -50 e -100 mmHg sono risultate sicure ed efficaci.

Il tempo di aspirazione raccomandato non deve superare i 10-15 secondi e il numero di passaggi del catetere nel tubo dovrebbe essere ridotto al minimo (a meno di 3), per evitare irritazioni alla mucosa delle vie aeree, consentendo al paziente di riprendersi tra un passaggio e l'altro.

L'aspirazione ad orari fissi è una modalità sconsigliata, mentre è raccomandato aspirare se sono presenti rumori respiratori, secrezioni visive nelle vie aeree artificiali, se compare sul display del ventilatore una forma d'onda 'a dente di sega' e se si verifica un aumento acuto della resistenza al flusso aereo nelle vie aeree.

L'instillazione di soluzione fisiologica, qualora necessaria per sbloccare la via aerea artificiale da secrezioni troppo dense, deve essere eseguita, comunque, tenendo in considerazione i potenziali eventi avversi, come una diminuzione della saturazione di ossigeno, tosse eccessiva, broncospasmo, tachicardia, dispnea, un aumento della pressione intracranica e la possibile diffusione di biofilm batterico a valle nelle vie aeree più distali.

La manovra di iperossigenazione al 100% pre-aspirazione può produrre radicali liberi dell'ossigeno e quindi favorire lo sviluppo di retinopatia della prematurità e danno polmonare (broncodisplasia), per cui è indicato aumentare la FiO₂ solo del 10-20% sopra la FiO₂ basale. Quasi tutti gli attuali ventilatori dispongono di una modalità automatica che consente di pre-impostare una FiO₂ extra da erogare prima della manovra di aspirazione, evitando, così, di somministrare una maggiore percentuale di ossigeno non necessaria. Viene sconsigliato l'uso di pressioni, volumi e respiri erogati manualmente.

L'aspirazione nel tubo endotracheale provoca una



perdita transitoria di volume polmonare e il metodo chiuso di aspirazione protegge dal de-reclutamento, però, solo quando viene utilizzato un catetere adeguato al diametro del TET.

Le Clinical Practice Guidelines (CPG) dell'AARC 2010 raccomandavano l'utilizzo di cateteri di aspirazione che occludevano il 50% del lume del tubo nei pazienti pediatrici e adulti e meno del 70% nei neonati. Questa raccomandazione è tuttora valida perché nessuna nuova evidenza la confuta in modo convincente.

Altri aspetti da considerare durante la procedura sono rappresentati dal monitoraggio attento dei parametri vitali, dal controllo delle condizioni cliniche e dall'utilizzo di tutte quelle misure atte a ridurre l'incidenza di VAP, come la rigorosa igiene delle mani, l'utilizzo di sistemi di aspirazione a circuito chiuso, una limitata apertura dei circuiti ventilatori, la conferma del corretto posizionamento del tubo endotracheale e l'igiene orale (anche utilizzando il colostro).

E' noto che l'insorgenza di VAP nei neonati e in particolare nei prematuri è in gran parte attribuita all'imaturità del sistema immunitario per cui l'igiene della bocca con colostro, ricco di fattori protettivi anticorpali, tenderebbe a ridurre lo sviluppo di queste gravi polmoniti, che sono le più temute tra le infezioni riscontrate nelle Unità di Terapia Intensiva, in quanto responsabili di elevata mortalità, morbilità, aumento dei tempi di svezzamento dalla ventilazione meccanica e dell'utilizzo di terapia antibiotica prolungata e aggressiva.

L'utilizzo di un metodo di aspirazione 'in linea' chiuso ha il vantaggio, rispetto alla modalità aperta, di ridurre la fase di de-reclutamento della ventilazione, la contaminazione con agenti patogeni ambientali, la colonizzazione virale e batterica all'interno del circuito di ventilazione e inoltre di proteggere in modo sicuro il personale infermieristico e medico dall'esposizione ai fluidi corporei dei pazienti (mancata dispersione di droplets nell'aria ambiente).

La procedura può essere eseguita da un solo operatore senza l'utilizzo di guanti sterili. Uno studio importante ha valutato se l'aspirazione endotracheale chiusa possa ridurre la frequenza di episodi di ipossiemia e bradicardia nei neonati con peso alla nascita estremamente basso rispetto all'aspirazione a circuito aperto. I risultati non hanno riportato differenze significative, tra le due strategie di trattamento, per quanto riguarda le fluttuazioni della frequen-

za cardiaca, ma l'entità e la frequenza degli eventi ipossiemicici erano inferiori utilizzando l'aspirazione chiusa rispetto alla tecnica a circuito aperto.

Le uniche accortezze, per il sistema chiuso, sono controllare che il manicotto protettivo trasparente non si gonfi d'aria, problema che si verifica quando si retrae molto il sondino nel sistema, non posizionandolo, quindi, correttamente ed evitare di lasciare il sondino nel tubo endotracheale dopo l'uso (rischio di parziale ostruzione).

L'aspirazione endotracheale, dunque, attraverso un sistema aperto viene sempre meno indicata nel neonato, non solo per il rischio potenziale di infezioni gravi, ma anche perché la disconnessione dal ventilatore provocherebbe perdite importanti di volume ventilatorio, che richiederebbe, dopo la manovra di suzione, una ventilazione manuale intermittente, con il rischio di erogare volumi correnti eccessivi in un polmone in via di sviluppo.

L'American Association of Respiratory Care (AARC) ha fornito raccomandazioni eccellenti al fine di ottimizzare i benefici e prevenire le complicanze di questa procedura e partendo da questo riferimento gli AA. hanno strutturato un bundle, di seguito riportato:

1. Aspirare non di routine ma solo quando sono presenti secrezioni importanti.
2. Considerare la preossigenazione (10-20% in più rispetto alla FiO₂ basale) se il paziente ha una riduzione clinicamente importante della saturazione di ossigeno.
3. Optare per un sistema chiuso di aspirazione.
4. Regolare la pressione di aspirazione tra 50 e 100 mmHg.
5. Eseguire un'aspirazione superficiale piuttosto che un'aspirazione profonda.
6. Utilizzare la soluzione fisiologica di lavaggio (0,1 - 0,5 ml/kg) solo se le secrezioni sono ritenute dense e tenaci.
7. Utilizzare un catetere di aspirazione che occluda meno del 70% del lume del tubo endotracheale.
8. Limitare la durata dell'aspirazione a meno di 15 secondi e il numero di passaggi del catetere nel tubo a meno di 3, consentendo al paziente di riprendersi tra un passaggio e l'altro.
9. Monitorare i parametri vitali e controllare le condizioni cliniche.
10. Garantire tutte quelle pratiche che prevengano le VAP.

BIBLIOGRAFIA

1. American Association for Respiratory Care (AARC), Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respir Care*. 2010; 55: 758-764.
2. American Association for Respiratory Care (AARC), Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respir Care*. 2022; 67: 258-271 doi: 10.4187/respcare.09548.
3. Goldsmith's Assisted Ventilation of the Neonate An Evidence-Based Approach to Newborn Respiratory Care 7th ed. 2022.

IL KNOW-HOW NEL 118 E TRAGUARDI DELL'EMERGENZA TERRITORIALE PUGLIESE



Ciro
GENCHI

Per comprendere al meglio che cos'è il know-how è necessario inquadrare l'ambito appropriato dell'impiego corrente. È una locuzione inglese traducibile nel miglior modo come saper fare o competenza e, a tal fine, si intendono le conoscenze e le abilità operative necessarie per eseguire correttamente una determinata attività lavorativa.

Il know-how risulta quindi come quel complesso di conoscenze e attitudini, che individuano un «saper fare» rivolto a un determinato ambito all'interno del quale il detentore di quel capitale umano opera e organizza la propria attività.

Se riportato alla realtà sanitaria, sono quelle conoscenze e competenze necessarie derivanti anche a seguito dell'irrefrenabile innovazione tecnologica rivolte all'assistenza sanitaria che rappresentano proprio la mission del datore di lavoro che nello specifico è l'ASL. In premessa si evidenzia come i sistemi 118 nazionali siano fortemente condizionati dalla modifica del titolo V° della Costituzione avvenuta il 3 ottobre 2001 che di fatto delega alle Regioni e Province Autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari. È evidente che si è generata una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari e dunque 21 sistemi 118. In questo contesto così caleidoscopico anche la governance dei sistemi d'emergenza è diversa nella misura in cui alcune Regioni hanno adottato un sistema di governo su base regionale mentre altre hanno utilizzato dei sistemi di governo su base dipartimentale.

Ne consegue dunque, il fatto che vi siano Aziende Sanitarie che coordinano l'emergenza 118 su tutto il territorio regionale (es. Areu Lombardia e Ares Lazio) mentre altre, avendo optato per un coordinamento dell'emergenza regionale 118 su base dipartimentale ha dei sottosistemi di governo che differi-

scono per dipartimento.

La regione Puglia ne ha 6, ognuno dei quali agisce, investe, programma secondo le indicazioni dei diversi direttori di dipartimento.

Accade così, ad esempio, che nell'ambito della stessa regione vi siano dipartimenti dell'emergenza che impiegano sui propri mezzi 118 i massaggiatori automatici ed altri no come, ancora, l'utilizzo degli stupefacenti è consentito in alcuni ed è assente in altri. È da sottolineare il paradosso che pur essendo stata idealizzata la realizzazione dell'Areu Puglia, oggi quell'idea non ha trovato l'oggettivazione e, ancora più grave, sembra definitivamente accantonata. Le finalità dell'Areu Puglia avrebbero sicuramente dato un ulteriore slancio al sistema e su questo aspetto anche gli organi regionali si erano espressi positivamente condividendone la necessità.

Anche la realizzazione delle infrastrutture funzionali alle attività d'emergenza, come il NUE 112 e le relative CUR, o la rete radio digitale non sono operative su quasi tutto il territorio nazionale oppure presentano significativi ritardi; invece, in alcune realtà sono consolidate ed operative da tanto tempo.

Preso atto che una frammentazione così diffusa del sistema 118, in ambito nazionale e regionale, ha di fatto leso l'uniformità di comportamenti e di competenze, con l'introduzione del D.M. 70/15 si disciplinano anche le Centrali Operative 118, ridotte sul nostro territorio da 102 a 79 mentre, la regione Puglia con la Legge regionale del 30 Dicembre 2020 n.35 ha programmato la realizzazione della sesta centrale operativa 118 nel territorio Bat attualmente oggetto di un contenzioso a seguito della sentenza della Corte Costituzionale 17/2022.

Tra le operatività che rendono critico e insufficiente il sistema dell'emergenza 118 pugliese v'è sicuramente l'elisoccorso (HEMS) confinato nella zona

Daunia e in particolare per il territorio del Gargano e le isole Tremiti e il soccorso sanitario in mare già riconosciuto come necessario (anche nella bozza istitutiva dell'Areu Puglia) con D.G.R. Puglia 28 di-

tive 118 non hanno, salvo poche eccezioni, la possibilità di localizzare un chiamante, al momento solo il 112 ne è dotato.

È stato infatti deliberato che a partire da marzo 2022,

“L’esperienza insegna che se un servizio non funziona nella normalità è molto difficile che possa funzionare in emergenza”

cembre 2009, n. 2624 nel quale ...Omissis... L’esperienza maturata in questi anni dal Servizio di Emergenza Urgenza Sanitaria Territoriale (118) in Puglia ha evidenziato una disomogeneità tra i livelli assistenziali di risposta all’emergenza erogata “a terra” e i livelli assistenziali di risposta all’emergenza da assicurare nelle acque territoriali e sulla costa... Protocolli d’intesa con le capitanerie di porto che già effettuano attività Sar (dal termine inglese search and rescue) sarebbero necessari per organizzare un soccorso che ha delle specifiche particolari nella considerazione che rientra in un territorio chiamato propriamente “ambiente ostile”. Ritardi non meno importanti di quelle cui sopra riguardano la realizzazione della rete radio digitale già prevista nel decreto istitutivo del 118 laddove si ricorda era prevista l’utilizzo sia della fonia mobile che quella attraverso la rete radio. Ad oggi è ancora in via di realizzazione. Parimenti accade per la realizzazione delle CUR

tutti gli smartphone venduti nell’Unione Europea dovranno essere dotati di AML (Advanced Mobile Location). In caso di una comunicazione di emergenza, AML fornisce automaticamente le informazioni accurate sulla posizione del chiamante al Public Safety Answering Point (PSAP) in modo conforme alle norme sulla privacy (direttiva europea 2020). Anche l’utilizzo di navigatori satellitari non collegati alla rete internet rappresenta un problema nella misura in cui questi ritardano i tempi di risposta del Sistema. L’utilizzo di navigatori e app connesse alla rete internet consentono oltre alla navigazione verso un obiettivo indicato anche la possibilità di fornire informazioni in tempo reale su eventuali incidenti, lavori di cantieri stradali, restringimenti di carreggiata, blocchi stradali, ecc..

Ma qual è l’empowerment del sistema se non l’innovazione tecnologica e la formazione?

La formazione, pur accolta dagli operatori, non ri-

“Il concetto di formazione ha molteplici significati ed è usato in diverse discipline; il significato base deriva da formare da cui dare una forma. Di conseguenza la formazione intesa come contributo e stimolo alla crescita della persona, della professione dei team, delle organizzazioni di lavoro profit e non, persegue lo sviluppo delle competenze secondo metodi comprovati ed efficaci”

112, quasi ultimate nella zona di Modugno, Foggia e Campi Salentina ma, per l’operatività c’è da attendere. A tutt’oggi manca l’assunzione del personale e la relativa formazione da svolgere in Lombardia, secondo delibera della Regione Puglia, allo stesso modo non sono stati effettuati l’adeguamento degli impianti e l’adeguamento strutturale per rischio antisismico. La domanda principale è: Il sistema 118 è tecnologicamente avanzato?

Fra i Servizi di emergenza, quello del 118 è tecnologicamente il più avanzato e nato quasi in contemporanea alla tecnologia digitale. Ma spesso questa tecnologia è poco sfruttata (enormi sono le potenzialità inespresse).

Quindi il problema non è legato alla mancanza di tecnologia nel 118, ma al suo non uso.

Siamo abituati ai nostri cellulari che ci localizzano momento per momento ma le nostre centrali opera-

sulta essere capillare e ciò rappresenta un limite perché è tutela e garanzia per il cittadino, in quanto fruitore del sistema, e per l’operatore che ha obbligo formativo soprattutto per le attività propedeutiche nell’emergenza 118.

La formazione continua e innovativa è una prerogativa aziendale che certifica le prestazioni erogate dal Sistema 118 come sicure complete e certificate. È doveroso definire eccellente, in termini di innovazione tecnologica e formazione, la telecardiologia.

La Regione Puglia possiede la rete più capillare di telecardiologia ed è divenuta capofila nel settore, anche a livello nazionale.

La formazione è l’elemento caratterizzante per la professione, è insieme etica e responsabilità e ne abbiamo avuto testimonianza dal progetto Angels e Telestroke, dal progresso nella trombolisi, nell’ictus ischemico, nella neuroradiologia interventisti-

ca, successi che consentono l'utilizzo delle best practice in ambito Stroke per il 118.

Argomento preoccupante è la mancanza di protocolli infermieristici condivisi per tutta la regione Puglia, nell'attesa che una legge nazionale intervenga

sione internet si può effettuare un Ecg con un referto tele cardiologico, utilizzando occhiali-visorii connessi in rete si può osservare direttamente la scena, la tele-auscultazione e la tele-ecografia.

Il know-how nel sistema d'emergenza territoriale

“Il cambiamento procede a velocità elevata e comporta necessariamente un approccio integrato ai temi di salute e sicurezza (safety) di fronte alle trasformazioni del lavoro, alla perdita di confini netti tra ambienti di lavoro e ambienti di vita, ai legami inestricabili tra lo sviluppo e il benessere di tutti gli esseri viventi e gli ambienti in cui essi vivono, agli effetti sanitari delle disuguaglianze prodotte da determinanti socio-economici che vanno dalle condizioni abitative e lavorative alla disponibilità quali-quantitativa di acqua e alimenti, ai disequilibri di conoscenza alimentati dalla circolazione di false notizie ed evidenze distorte”

in maniera organica sull'argomento si vive con questi vuoti strutturali.

Diverse società scientifiche si sono già da tempo espresse favorevolmente sulla loro introduzione. Recentemente ha fatto scalpore la dichiarazione di Tiziano Corradori direttore generale Ausl Romagna che, durante una sua relazione, ribadiva ... Omissis...” Un medico su una ambulanza nel territorio non ha valore aggiunto rispetto ad un infermiere formato nelle funzioni di supporto vitale. Io lo so perché sono un sopravvissuto. Quando ho avuto un infarto, in un altro paese, io non ho visto un medico venire a salvarmi. Ho visto degli infermieri egregiamente preparati a fare le proprie funzioni. E io ho infermieri che sono in grado di farle queste cose, sono estremamente preparati.”

Non è plausibile avere un'organizzazione territoriale da anni '80, pur avendo la disponibilità delle tecnologie più avanzate in grado di fronteggiare e governare i cambiamenti sociali e scientifici. Oggi possiamo intervenire, non solo in casi di emergenza, con una specifica preparazione, con le competenze acquisite, con la consapevolezza del ruolo esplicato, con l'aiuto del sistema informatico però, non con una visione piramidale degli operatori ma con l'idea che, quando si è al servizio dell'umanità, siamo tutti su un piano paritetico.

L'innovazione tecnologica potrebbe consentirci di rivedere l'attuale sistema soprattutto tenendo conto che non si riescono ad assumere medici nell'emergenza urgenza 118.

L'esperienza di Gubbio-Gualdo Tadino ci porta a conoscere una nuova realtà ovvero il medico presente da remoto, infatti, attraverso una semplice connes-

118 entra in simbiosi con l'innovazione: «DALLA TELEMEDICINA AL TELECONSULTO»

1. Può agevolare l'attività d'intervento della Centrale Operativa 118 con una visione diretta delle attività sul campo.
2. Può agevolare l'attività infermieristica in assenza di un medico sul posto.
3. Interviene nei modelli organizzativi laddove, per mancanza di personale sanitario medico, al fine di non alterare gli equilibri sul territorio (da Mike ad India) si potrebbe intervenire da remoto.

Necessario è anche sognare e porsi traguardi più ambiziosi come l'ECMO (Ossigenazione extracorporea a membrana) attraverso una rete strutturata così come si è fatto per la telecardiologia. L'equipaggio del SET 118 intervenuto sul posto, dopo aver effettuato le manovre rianimatorie secondo le procedure specifiche in uso, preso atto della eleggibilità del paziente al percorso ECMO attiva l'ECMO Team con un duplice possibile causale: “la sopravvivenza del paziente” oppure “la donazione d'organi”.

L'importanza dell'infermiere in relazione al Know-how in ambito 118 ha aspettative sicuramente migliori in relazione a conoscenze legate all'innovazione tecnologica e ai nuovi modelli organizzativi non più esclusivamente medico centrici. In ultima analisi, per ovvie ragioni, la Puglia deve cambiare marcia e avere una visione nuova e, a tal proposito il rapporto FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) del 2019 evidenzia un paradosso tutto pugliese quando la presenza di medici sulle ambulanze arriva fino al 66% (ASL Lecce) contro l'8%, invece, dell'Area della Lombardia.

APPROCCIO INTERDISCIPLINARE TRA “DIRIGENTE INFERMIERISTICO”, “PROJECT MANAGER”



Claudia
CARELLA

Con la legge 10 agosto 2000 n. 251 nasce la cosiddetta istituzione della dirigenza per le professioni sanitarie: “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica” (Art. 1. - Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica e Art. 7 - Disposizioni transitorie).

Il 10 agosto 2022 è stato sottoscritto il Contratto Collettivo Nazionale Quadro (CCNQ) per la definizione della composizione delle aree di contrattazione collettiva nazionale di cui all’art. 7 del CCNQ 3 agosto 2021. Il testo contrattuale, pubblicato nel sito dell’Aran – che integra il CCNQ 3 agosto 2021 e con il quale si completa l’individuazione degli ambiti contrattuali per il triennio 2019-2021 – conferma l’attuale composizione delle Aree di contrattazione della dirigenza.

Nello specifico i dirigenti delle amministrazioni pubbliche sono aggregati nelle seguenti autonome aree di contrattazione collettiva:

- A) Area delle Funzioni centrali;
- B) Area delle Funzioni locali;
- C) Area dell’Istruzione e della ricerca;
- D) Area della Sanità.

L’area della Sanità comprende i dirigenti medici, veterinari, odontoiatri e sanitari delle amministrazioni del comparto Sanità di cui all’art. 6 del CCNQ 3/8/2021, ivi compresi i dirigenti delle professioni sanitarie di cui all’art. 6 della legge 10 agosto 2000, n. 251, con esclusione dei dirigenti amministrativi, tecnici e professionali.

Ad interfacciarsi con il dirigente infermieristico, vi prende posizione nell’ambito di qualsiasi azienda sanitaria la figura del project manager e dell’operation manager. Funzioni complementari che si susse-

guono e che interfacciandosi tra loro attraverso l’interdisciplinarietà, svolgono attività autonome e collaborative ma essenziali per il buono, efficace ed efficiente funzionamento di alcune funzioni essenziali dell’azienda sanitaria.

Il project management è un processo a sé stante, che consiste in un insieme di attività coordinate e tenute sotto controllo, con date di inizio e fine, intrapreso per realizzare un obiettivo conforme a specifici requisiti inclusi i limiti di tempo di costi e di risorse (ISO 9000:2000).

La gestione per progetti viene eseguita tramite l’uso di processi quali: inizio ufficiale, pianificazione, esecuzione, controllo e chiusura (Project Management Institute, PMI).

La struttura per progetti è utilizzata quando:

- L’obiettivo è complesso e difficile da raggiungere;
- Sono richiesti la competenza ed il lavoro di diverse persone;
- Il tempo e/o i costi sono elementi significativi;
- L’iniziativa è innovativa.

Il PM è un sistema di gestione dei risultati basato su 3 elementi fondamentali:

1. Esplicitazione di responsabilità;
2. Adozione di sistemi di pianificazione e controllo;
3. Istituzione di un team di progetto.

L’idea che sta alla base di un progetto solitamente coincide con l’obiettivo che si vuole raggiungere e spesso può essere un sogno.

L’avvio del progetto è il momento in cui vengono assegnate le responsabilità, le risorse umane e materiali, in altre parole inizia la fase di negoziazione delle risorse indispensabili. È in questa fase di avvio del progetto che si chiariscono i dubbi e tutti i particolari di interesse del committente e degli stakeholder.

I progetti sono realizzati da un team di progetto il cui successo sta nella capacità di essere gruppo. Vengono pertanto identificate le strutture da coinvolgere e in base alle competenze necessarie nella gestione del progetto al loro interno vengono individuate le specifiche figure professionali di cui è opportuno necessario poter usufruire.

Il responsabile di progetto, definito Project Manager è un alto dirigente che agisce in nome o per conto della direzione aziendale, ha un ruolo di carattere operativo, ha la responsabilità della direzione e del coordinamento generale del progetto in tutte le sue fasi e deve garantire che il risultato finale sia realizzato in coerenza con i costi, i tempi, la qualità definiti inizialmente.

Nei dettagli egli deve:

- Pianificare il progetto;
- Realizzare il risultato finale del progetto;
- Conseguire obiettivi economici del progetto;
- Adottare decisioni più opportune al fine di conseguire gli obiettivi del progetto; avvertire i superiori per difficoltà non superabili riscontrate in corso di progetto;
- Chiudere il progetto se gli obiettivi non possono essere realizzati.

Spesso il Project Manager non gode di un'autorità tradizionale, da organigramma funzionale, proporzionata alla responsabilità che ha in carico nella gestione di un progetto, nel quale si trova a gestire persone non poste alle sue dirette dipendenze. Il suo ruolo si fonda sull'autorevolezza riconosciuta e richiede uno stile di direzione orientato alle relazioni sociali, cioè alla costruzione e al mantenimento di buone relazioni interpersonali, sia nei confronti del team di progetto, che degli altri attori organizzativi. Il Project Manager concorda con i Direttori delle strutture coinvolte nello sviluppo del progetto le risorse necessarie in termini di uomini, competenze, tecnologie, metodi, tempi e budget.

In questo rapporto il Direttore di struttura identifica gli specialisti dotati di competenze adeguate per contribuire al progetto, il project manager identifica modi e metodi per tenere rapporti continuativi e costanti con tutti gli operatori che fanno parte del gruppo di progetto.

Con il termine Operation Management si vuole intendere la gestione di tutte quelle operazioni all'interno di un sistema sanitario complesso, in cui vi sia un ammodernamento strutturale di tipo organizzativo e nuove tipologie di incarichi che rafforzino alcune funzioni dotate di veri e propri poteri gestionali e decisionali, e quindi i loro relativi contratti a livello di CCNL. La missione dell'operation manager (O.M.) vista seguendo questi punti cardinali:

- Manager Health Service (l'O.M. supervisiona il funzionamento quotidiano di un centro sanitario);

- Strategic Planning (mantenere la stabilità di un centro di assistenza sanitaria, un O.M. deve essere in grado di prevedere i futuri bisogni logistici);
- Implementing Policy (per garantire la sicurezza dei pazienti un O.M. deve saper applicare le regole e le polizie dell'azienda);
- Technological Proficiency (gli O.M. devono dimostrare competenza nell'information Technology);
- Data Analysis (un O.M. deve saper riconoscere i trends nella lettura dei dati per poter pianificare il futuro).

In sintesi l'O.M. agisce all'interno della struttura come collegamento tra lo staff clinico e i destinatari dei servizi sanitari; egli ha a che fare con le attività di programmazione gestione e controllo dei flussi di pazienti e beni che attraversano le diverse aree produttive sanitarie (Pronto soccorso, degenze, sale operatorie, servizi diagnostici e ambulatori). Il tutto finalizzato al rispetto della realizzazione degli obiettivi di qualità, sicurezza ed efficienza.

Le 10 responsabilità chiave dell'Operation Manager sono: gestire il personale, garantire la sicurezza, mantenere la stabilità finanziaria, generare reports, preservare l'integrità della struttura, acquistare apparati e attrezzature, gestire la raccolta dati, comunicare con il personale, valutare i problemi, gestione dei processi.

Uno dei punti chiavi del Change management è quello di evitare sprechi di tempo tra decisione e traduzione nella pratica organizzativa. Nell'ambito dell'efficientamento dei processi, la gestione operativa interviene nei controlli dei costi andando ad eliminare quelli legati all'inefficienza (approccio lean). Si tratta appunto del modello LEAN THINKING che verte nei seguenti punti: gestione dei processi (flussi), controllo in tempo reale dello stato di avanzamento del processo (visual mapping), eliminazione degli sprechi (7 muda), Just in time production, Modello Kanban (da push a pull), Filosofia Kaizen (miglioramento continuo).

La sfida per l'O.M. in sanità oggi è poter garantire elevati standard di un contesto di rapida innovazione dei paradigmi di cura e dei modelli organizzativi. L'O.M. riveste un ruolo strategico e trasversale ai processi aziendali ed è pertanto naturale che a livello organizzativo si collochi a livello direzionale, in stretta connessione con la direzione strategica.

Le diverse modalità con cui le varie aziende configurano la gestione operativa sono riassumibili in 3 tipologie:

- Funzione di staff;
- Unità operativa semplice o complessa di staff;
- Direzione operativa.

La gestione operativa (operation management) fornisce una visione dei processi caratterizzata da in-

dicatori di performance che consentono al management strategico e di unità operativa di monitorare l'andamento dei processi produttivi, attraverso i cruscotti indicatori di performance.

Tra i fattori di successo dell'operation management vi è il rapporto con la direzione strategica e i rapporti con i dipartimenti clinico-sanitari.

La qualità delle persone dedicate e l'integrazione tra profili professionali differenti (ingegneri gestionali, medici, dirigenti infermieristici, infermieri, healthcare managers) contribuiscono a garantire la necessaria flessibilità ed efficacia della gestione operativa nella gestione di progetti strategici di revisione dei percorsi di cura.

zioni pubbliche non consisteranno più nella sostituzione di vecchie figure con altre identiche, ma guarderanno al futuro, alle nuove competenze che devono sostenere la trasformazione della Pa prevista dal piano nazionale di ripresa e resilienza. Un processo che si tradurrà in una progressiva riduzione delle figure amministrative aspecifiche, a favore ad esempio, di esperti del digitale, di e-procurement, di project management.

A questo puntano le linee di indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle amministrazioni pubbliche, pubblicate sulla gazzetta ufficiale del 14 settembre 2022. Da ora in avanti, le amministrazioni pubbliche dovranno in-

“I near miss sono quegli incidenti “sfiorati” e solitamente subito dimenticati, la cui analisi invece è fondamentale per introdurre misure preventive volte a scongiurare l'incidente fatale che certamente prima o poi si verificherà. Il datore di lavoro ha il dovere di analizzare i near miss per introdurre misure preventive”

La strategia per la crescita digitale e il piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione hanno definito le azioni di intervento dedicate all'ecosistema della sanità digitale e le principali soluzioni finalizzate a migliorare i servizi sanitari, limitare sprechi inefficienze, migliorare il rapporto costo qualità dei servizi sanitari, ridurre le differenze tra i territori. Si parla di telemedicina, big data, intelligenza artificiale, rapporto tra pubblico e privato nell'innovazione del SSN, competenze digitali.

La sfida per l'O.M. in sanità oggi è poter garantire elevati standard di un contesto di rapida innovazione dei paradigmi di cura e dei modelli organizzativi, prevedendo aumento della produttività in un'ottica di mantenimento di efficienza del sistema sanitario. Fabbisogni professionali, si cambia.

Con l'obiettivo di superare l'automatismo nel turnover: le nuove assunzioni da parte delle amministra-

dividuare il proprio fabbisogno di capitale umano considerando non solo le conoscenze teoriche dei dipendenti (sapere) ma anche le capacità tecniche (saper fare) e comportamentali (saper essere).

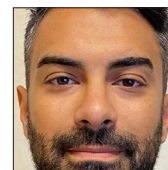
Il decreto favorisce il superamento del concetto di “profilo professionale” a beneficio di quello di “famiglia professionale”, inteso come l'ambito in cui i dipendenti hanno conoscenze e competenze comuni, ambito che si presta a raccogliere una pluralità di profili di ruolo o di competenza, in base alla complessità dell'organizzazione.

Poiché al dipendente pubblico, non si chiederà più il semplice possesso di nozioni teoriche, ma anche la capacità di applicarle ai casi concreti e di mantenere una certa condotta, nei concorsi occorrerà valutare anche la soft skill, come la capacità di innovare le procedure amministrative, lavorare in squadra e prendere decisioni in modo autonomo.

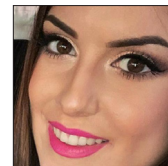
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/09/06/000G0299/sg?s=09>.
2. <http://www.regioni.it/newsletter/n-4351/del-29-08-2022>.
3. Casi e studi d'impresa, “project management in una struttura sanitaria, l'approccio teorico e gli strumenti operativi”, Gianfranco Baraghini, Barbara Trevisani, Stefano Cencetti, Franco Angeli, Capitolo 2, pag 27-29.
4. Casi e studi d'impresa, “project management in una struttura sanitaria, l'approccio teorico e gli strumenti operativi”, Gianfranco Baraghini, Barbara Trevisani, Stefano Cencetti, Franco Angeli, Capitolo 2, pag. 31- 34.
5. Gestire la salute, materiali per la formazione manageriale, di Alessandro Colombo, Giovanna Beretta, Fulvio Matone, Domenico Mantoan, Polis Lombardia, Guerini e associati.
6. Materiale didattico Unitelma Sapienza Master II livello Management Sanitario 4.0. Silvia Stefanelli.
7. Materiale didattico Unitelma Sapienza Master II livello Management Sanitario 4.0 prof. Dr. Valerio Branchi.
8. <https://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/ministro/15-09-2022/nuovi-profilo-pubblicate-gazzetta-ufficiale-le-linee-guida>.
9. PNRR.
10. Piano della performance 2020-2022 AOU Policlinico di Bari;
11. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 116 del 6-9-2021: Deliberazione della regione puglia 9 agosto 2021 n.1402.
12. Vivilasanità – A colloquio con Nicola Serrone – Ingegnere e Responsabile Aziendale UOSD ICT/CUP – Policlinico Bari. Processi di informatizzazione necessari per gestire le nuove sfide digitali.

CARBAPENEM-RESISTANT ENTEROBACTERALES: SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE



Salvatore
ALTAVILLA



Nicoletta
DI PIETRO

Una delle minacce più importanti della medicina attuale è la diffusione di batteri Gram-negativi multiresistenti. Gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) sono batteri che possono determinare gravi infezioni nell'uomo dovute soprattutto ad alti livelli di resistenza agli antibiotici, in particolare ai carbapenemi, una classe di antibiotici ad ampio spettro d'azione.

Si distinguono inoltre alcuni Enterobacterales (CPE, Carbapenemase-Producing-Enterobacterales) che producono degli enzimi (carbapenemasi), che sono in grado di inattivare gli antibiotici carbapenemi.

Le infezioni da CRE e CPE sono oggetto di sorveglianza sanitaria istituita dal Ministero della Salute nel 2013. Inoltre, ad oggi è attivo il sistema di segnalazione online. I dati delle segnalazioni vengono raccolti e analizzati dal Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per evitare la diffusione degli enterobatteri resistenti e produttori di carbapenemasi sono state indicate delle strategie che mettono in evidenza l'importanza di intervenire rapidamente in materia di diagnosi precoce, sorveglianza attiva e orientamenti sulle misure di controllo delle infezioni. A riguardo, le Autorità europee, già in occasione della conferenza "The Microbial Threat", tenutasi a Copenaghen nel 1998, hanno evidenziato l'importanza di adottare o implementare misure di sorveglianza sulla diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici. Inoltre, la Commissione europea, il 15 novembre 2001 con le "Raccomandazioni del Consiglio Europeo sull'uso prudente degli antibiotici in medicina nell'uomo", ha evidenziato l'importanza del rafforzamento di misure di sorveglianza epidemiologica e di laboratorio e, della creazione di strutture di coordinamento a livello nazionale per la prevenzione e il controllo dell'an-

tibiotico-resistenza. Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un incremento di CPE in tutto il mondo, con situazioni di diffusione di particolare entità e rilevanza in alcune aree, quali Stati Uniti d'America, Israele, Porto Rico e Colombia (soprattutto KPC), Grecia (KPC e VIM) e sub-continente indiano (in particolare NDM). Anche se *Klebsiella pneumoniae* rimane il batterio maggiormente interessato, i vari tipi di carbapenemasi sono stati descritti in altre specie batteriche, appartenenti alla famiglia delle Enterobacteriaceae: *Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter* spp., *Enterobacter* spp., ecc.

La diffusione delle carbapenemasi, tra ceppi e specie batteriche diverse, è probabilmente correlata ad una disseminazione di elementi genetici mobili che trasportano i geni di resistenza che codificano per questi enzimi. La disseminazione di elementi genetici mobili (ad es.: trasposoni e plasmidi) e di cloni epidemici di KPC, può avvenire tramite il trasferimento di pazienti tra strutture sanitarie in uno stesso Paese, o provenienti da altri Paesi. Infatti, la prima evidenza epidemiologica della diffusione intercontinentale di ceppi produttori di KPC è stata descritta in Francia ed Israele e riscontrata in pazienti provenienti dagli Stati Uniti d'America. Da allora, numerosi report scientifici hanno descritto la diffusione di pazienti infetti o colonizzati da CPE, trasferiti in altre strutture assistenziali, non soltanto da Paesi europei, ma anche da Paesi al di fuori della Comunità Europea. La trasmissione secondaria di questi batteri nelle strutture sanitarie ha comportato l'insorgenza di focolai epidemici in alcuni Paesi e lo stato di endemicità in altri.

In Europa, i dati sull'andamento dell'antibiotico-resistenza ai carbapenemi dei ceppi di *Klebsiella pneumoniae* sono riportati ogni anno attraverso la rete europea EARS-Net (European Antimicrobial Resi-

“Tutti i microrganismi (batteri, funghi, virus e protozoi) vivono e colonizzano gli stessi ambienti frequentati dall’uomo (suolo, aria, acqua) e alcuni di questi, soprattutto i batteri, vivono anche in simbiosi con il corpo umano senza causare danni. L’infezione si verifica se, al momento dell’ingresso nel corpo umano, il microrganismo non viene neutralizzato dal sistema immunitario e inizia a replicarsi e, aumentando di numero, causa una reazione fisica”

stances Surveillance Network).

Nel 2009 la frequenza di ceppi di *K. pneumoniae* resistenti ai carbapenemi era al di sotto dell’1-2% nella maggior parte dei Paesi europei, mentre invece in Grecia e a Cipro la frequenza era elevata e pari, rispettivamente, a 43,5% e a 17%. In Italia, si è osservato un trend in drammatico aumento: mentre nel 2009 solo l’1,3% dei ceppi di *K. pneumoniae* isolati da sangue era resistente, questa percentuale è salita al 16% nel 2010 e al 26,7% ceppi nel 2011.

I fattori di rischio per le infezioni da CPE, sono:

- La gravità delle condizioni cliniche del paziente;
- La presenza di dati anamnestici quali il trasferimento da altre strutture ospedaliere;
- La permanenza in Unità di Terapia Intensiva;
- Pregressi interventi chirurgici, i trapianti di midollo o organi solidi, la presenza di ferite chirurgiche, il cateterismo delle vie biliari e la ventilazione assistita.

L’uso di antibiotici (cefalosporine, carbapenemi, penicilline anti-pseudomonas, metronidazolo e fluoroquinoloni) rappresenta un rischio indipendente di contrarre infezioni da CPE. Il Centro europeo per il controllo delle malattie (ECDC, European Center for Disease Prevention and Control) di Stoccolma ha pubblicato un documento per la valutazione del rischio della trasmissione di CPE, contenente anche indicazioni sulle misure efficaci per contenerla.

Le misure di controllo suggerite come efficaci, sono in particolare:

- L’identificazione tempestiva dei pazienti infetti;
- La sorveglianza attiva dei pazienti colonizzati, attraverso lo screening con tampone rettale dei pazienti-contatti del caso (paziente colonizzato o infetto da CPE) e dei pazienti ad alto rischio di colonizzazione al momento del ricovero;
- L’isolamento dei pazienti colonizzati/infetti (isolamento in coorte o stanza singola) e l’adozione, da parte del personale d’assistenza, delle precauzioni da contatto nella gestione di questi pazienti.

La mortalità attribuibile alle infezioni da CPE è elevata e secondo studi effettuati negli Stati Uniti risulta essere pari al 26% (raggiungendo anche il 70% nelle batteriemie) e costano agli ospedali 275 milioni di dollari all’anno.

Risulta necessario distinguere i casi di colonizza-

zione da quelli di infezione. La colonizzazione è una condizione che non richiede trattamento antibiotico in quanto non vi è invasione e risposta associata da parte dell’ospite. Invece l’infezione richiede il trattamento antibiotico, solitamente è preceduta dalla colonizzazione e avviene dopo invasione del microrganismo nell’ospite e risposta dello stesso.

Tuttavia sia il paziente colonizzato sia il paziente infetto costituiscono una possibile sorgente di infezione. Per identificare tempestivamente questa infezione è molto importante lo screening attraverso il tampone rettale o la coprocoltura.

Per quanto riguarda la sorveglianza attiva delle colonizzazioni da CPE, secondo quanto evidenziato dalle più recenti evidenze in letteratura, al fine di contenere la diffusione dei CPE in ambito ospedaliero e per identificare tempestivamente l’infezione è molto importante lo screening specifico attraverso tampone rettale o coprocoltura.

In particolare si raccomanda di sottoporre a screening tutti i soggetti identificati come:

- Contatti di pazienti con infezione o colonizzazione da batteri CPE, ovvero “ciascun paziente assistito dalla stessa équipe di un paziente infetto o colonizzato da CPE”, adattabile alle singole realtà assistenziali in base alla frequenza osservata di CPE e in base alle caratteristiche strutturali/organizzative della struttura;
- Pazienti precedentemente identificati come colonizzati o infetti che vengano nuovamente ricoverati in ospedale;
- Pazienti provenienti da altri Paesi ove la diffusione di CPE è endemica (es. Grecia, Cipro, India, Pakistan, Colombia, Israele, Stati Uniti d’America).

Viene inoltre suggerito di sottoporre a screening i pazienti:

- Che vengono ricoverati o trasferiti in reparti a rischio, quali Terapia Intensiva, Oncologia, Ematologia, Neuro-Riabilitazione/Unità spinale e Chirurgia dei trapianti;
- Provenienti da altro ospedale o recentemente ricoverati in ospedale (negli ultimi tre mesi) o provenienti da strutture territoriali per anziani.

Per quanto riguarda il controllo della trasmissione in ambiente ospedaliero, facendo riferimento alle indicazioni contenute nel documento dell’ECDC (Cen-

tro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie) le misure di controllo da attuare per i casi di infezione o colonizzazione da CPE sono le seguenti:

- Utilizzo delle precauzioni da contatto da parte del personale sanitario: igiene delle mani prima e dopo il contatto con il paziente colonizzato o

stione in ambito territoriale le aziende sanitarie devono predisporre modelli organizzativi e strumenti che definiscano compiti e attività dei diversi attori coinvolti quali i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, i Dipartimenti di Cure Primarie con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e il Servizio Infermieristico Domiciliare, in collaborazione con le

“La formazione del personale sanitario contribuisce alla riduzione delle ICA e della resistenza antimicrobica, garantendo una forza lavoro più qualificata e competente. Il documento dell’OMS “Minimum requirements for infection prevention and control programmes at the National level” prevede che tutto il personale sanitario e non (inclusi ad esempio gli addetti alle pulizie) sia formato sull’argomento al momento dell’assunzione e che almeno annualmente si monitori e valuti l’efficacia della formazione erogata”

infetto da CPE, uso di guanti e sovra camice, intensificazione dell’igiene ambientale, ecc.;

- Isolamento dei pazienti colonizzati o infetti da CPE in stanza singola con bagno dedicato oppure loro raggruppamento in aree dedicate dell’ospedale (isolamento in coorte o “cohorting”);
- Ove possibile, assistenza dei pazienti colonizzati o infetti da parte di personale sanitario dedicato;
- Educazione del personale sanitario sulle misure di sorveglianza e controllo contro le infezioni da CPE.

Inoltre per quanto riguarda le dimissioni e i trasferimenti, il paziente colonizzato da CPE può essere ammesso/riammesso nelle strutture socio sanitarie. Non vi sono motivi per rifiutarne l’ingresso.

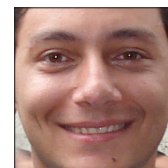
Possono rientrare presso la loro abitazione e non vi è alcuna indicazione all’ospedalizzazione. Per la ge-

Strutture ospedaliere e con i Comitati per le infezioni correlate all’assistenza (“CIO”). Si pone inoltre la questione di come informare e istruire il paziente e/o gli eventuali caregiver sui comportamenti più appropriati da tenere in caso di infezione/colonizzazione e sulle misure preventive da adottare in presenza di persone con aumentata vulnerabilità verso le infezioni da germi multiresistenti. Per quanto riguarda la nuova diagnosi di infezione o colonizzazione al momento non vi è indicazione alla ricerca attiva (tramite tampone rettale) dei pazienti colonizzati da CRE al di fuori dell’ospedale. Ciò vale anche per i contatti dei casi individuati nelle residenze socio-sanitarie. La prevenzione è una priorità assoluta per ridurre la trasmissione di CRE. Gli specialisti sostengono un approccio proattivo, basato sulla convinzione che prevenire è meglio che curare, soprattutto in ambito sanitario. La prevenzione è un elemento sul quale si può avere un controllo diretto.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Brink A. J. (2019). Epidemiology of carbapenem-resistant Gram-negative infections globally. *Current opinion in infectious diseases*, 32(6), 609–616. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000608>.
2. Doi Y. (2019). Treatment Options for Carbapenem-resistant Gram-negative Bacterial Infections. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 69(Suppl 7), S565–S575. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz830>.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. (2011). “Risk assessment on the spread of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) through patient transfer between healthcare facilities, with special emphasis on cross-border transfer”, ECDC.
4. Lutgring J. D. (2019). Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae: An emerging bacterial threat. *Seminars in diagnostic pathology*, 36(3), 182–186. <https://doi.org/10.1053/j.semdp.2019.04.011>.
5. Luzzaro F., Pagani L., Rossolini G. et al. (2011). Comitato di Studio Associazione Microbiologi Clinici Italiana (AMCLI) per gli Antimicrobici (CoSA). “Indicazioni per la conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi nelle Enterobacteriaceae”.
6. McCann E., Srinivasan A., DeRyke CA, et al. (2018) “Carbapenem-Nonsusceptible Gram-Negative Pathogens in ICU and Non-ICU Settings in US Hospitals in 2017: A Multicenter Study. *Open Forum Infectious Diseases*.” DOI: 10.1093/ofid/ofy241. PMID: 30364442; PMCID: PMC6194421.
7. Ragni P., Gagliotti C., Moro M.L., et al., (2011). Indicazioni pratiche per la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi in Sanità Pubblica e nel territorio: strutture socio-sanitarie, residenze private.
8. Salomão M., et Al. (2017) ‘Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae in patients admitted to the Emergency Department: new risk factors and occurrence in patients coming directly from the community’, *Journal of Hospital Infection* DOI: 10.1016/j.jhin.2017.08.012.

L'IMPORTANZA DEL BRIEFING E DEL DEBRIEFING NEL 118



Michele
FIGHERA

Le performance cliniche del team possono aumentare, migliorando l'aspetto comunicativo, con incontri quotidiani tra il team multidisciplinare. L'utilizzo di strumenti comunicativi efficaci, dimostrato attraverso studi scientifici, riduce la degenza e la mortalità intra ed extra ospedaliera.

Nella realtà sanitaria Anglosassone sono ormai diversi anni che utilizzano il "briefing", come base per una buona pianificazione infermieristica. Sia i medici e sia gli infermieri svolgono dei corsi appropriati prima di dedicarsi alla clinica e fanno dei training proprio sull'utilizzo di questo strumento.

In inglese Brief, assume diversi significati: breve, sommario, riassunto, istruzioni, direttive.

Insieme di queste parole descrivono le caratteristiche del briefing, che è un incontro tra professionisti, effettuato prima di una sessione di lavoro, finalizzato a trasmettere informazioni, per cercare soluzioni ad eventuali problemi e conflitti.

In campo sanitario i protagonisti sono gli operatori, impegnati nel lavoro di equipe, attorno al paziente. Al briefing devono partecipare attivamente medici, infermieri ed altri professionisti coinvolti in particolari unità operative in modo continuativo. Que-

sto strumento, consente la condivisione del processo di cura, attraverso incontri di durata di 20 minuti. Lo studio Mudge nel 2006 su un campione di 1538 casi, ha dimostrato mediante utilizzo di interventi organizzativi sulla comunicazione, con incontri quotidiani tra il team multidisciplinare:

- Riduzione durata della degenza del 6,5%;
- Riduzione mortalità del 39%.

Lo studio Friedman, nel medesimo anno, su un campione di 4522 casi, ha dimostrato attraverso interventi organizzativi e sulla collaborazione e comunicazione tra il team:

- Riduzione durata di degenza del 10%;
- Aumento indice di soddisfazione del paziente.

Nel sistema di emergenza-urgenza territoriale, dove pochi secondi possono fare la differenza tra la vita e la morte, il briefing diventa uno strumento indispensabile, per prevedere possibili scenari e per ridurre le possibili complicanze durante un intervento.

L'efficacia del briefing, dipende anche dalla qualità del Dispatch, che viene effettuato dagli infermieri della Centrale Operativa, durante la chiamata della vittima o del parente, al 118.

Il Dispatch (to dispatch = disbrigare, inviare, mandare) è un sistema integrato e complesso, compren-

Esempio di Dispatch nel paziente politraumatizzato:

- Annota le generalità del chiamante
- Si informa sul numero dei feriti
- Dinamica
- Necessità di altri Enti per il soccorso
- Verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Assegna un codice di invio - ROSSO
- Invia il mezzo o i mezzi di soccorso
- Richiama l'utente per avere ulteriori indicazioni e dare eventuali istruzioni pre-arrivo

dente una serie di azioni sistematiche (protocolli di intervista), standardizzate e omogenee, che consentono all'operatore di Centrale Operativa di indirizzare e gestire in maniera ottimale, le chiamate telefoniche di soccorso, pervenute dal territorio e di inviare la risorsa più idonea per l'evento presentato. Il protocollo utilizzato dagli operatori di centrale si basa sul principio di ottenere in circa un minuto tutte le informazioni necessarie per determinare il giusto livello di risposta e fornire all'utente le "istruzioni pre-arrivo" dell'ambulanza. Il limite dei sessanta secondi va considerato come un obiettivo e non come limite assoluto. Nell'even-

- intervista telefonica
- attribuzione codice di gravità
- scelta del mezzo di soccorso
- istruzione all'utente sulle manovre da effettuare pre-arrivo dei mezzi di soccorso
- supporto informativo ai soccorritori fino all'arrivo sul luogo dell'evento.

tualità di ulteriori richieste di soccorso, da parte di altri utenti, l'intervista telefonica non dovrebbe superare i 120 secondi.

Il Team Leader, medico o infermiere (rispettivamente Mike o India), preso incarico l'intervento, procede a veloce briefing ricordando la sequenza logica dell'intervento e distribuendo i compiti ai componenti l'equipaggio sulla base delle notizie ricevute dalla Centrale Operativa. Il primo compito è rappre-

Lynn Atwood Marshall, un militare che usò la tecnica "After action review" (raduno e scambio di esperienze dopo una battaglia) un processo ancora impiegato dagli eserciti moderni.

La pratica del debriefing si è diffusa in altri ambiti: nelle industrie, nell'aviazione e più recentemente nel campo della sanità.

Fanning e Gaba, anestesisti e Clinical Professor della Università di Medicina di Stanford (California), definiscono il debriefing come "una riflessione guidata o facilitata nel ciclo dell'apprendimento esperienziale". La sua finalità è quella di imparare andando a ripercorrere mentalmente l'esperienza vissuta.

Schön, filosofo americano e professore di pianificazione urbana presso il Massachusetts Institute of Technology, aveva distinto due tipi di riflessioni: in action, che avviene durante l'esperienza e grazie a questa si può reindirizzare l'azione in corso d'opera; on action, che invece trova luogo alla conclusione dell'esperienza e permette di giungere alla concettualizzazione astratta dell'esperienza, in modo da acquisire nuove conoscenze per future esperienze, attraverso la riflessione retrospettiva.

Il debriefing coincide con la riflessione on action proposta da Schön.

Il luogo in cui avviene il debriefing, deve essere adatto a svolgere la discussione in tranquillità. Fare il debriefing nella stessa stanza dove si è appena concluso l'evento, potrebbe essere utile al team per ripercorrere l'intervento, mentre una stanza diversa permetterebbe una maggiore privacy e una diminuzione della tensione.

In tutte le Unità di Urgenza/Emergenza, infermieri, medici e operatori sanitari si confrontano ogni gior-

codice	Significato/ Necessità di riduzione dei tempi	Comportamento
ROSSO	Emergenza / Assoluta	sirena e lampeggianti – massima velocità sicura
GIALLO	Urgenza / Opportuna	sirena e lampeggianti – massima prudenza
VERDE	Differibile / Relativa	senza dispositivi di allarme (solo in caso di necessità dichiarata alla o dalla C.O.)
BIANCO	Programmato / Nessuna	taxi sanitario (nessun dispositivo di allarme. Codice di invio non previsto)

sentato dalle indicazioni all'autista, sull'impiego dei dispositivi di allarme in base al codice criticità attribuito all'evento.

A conclusione dell'intervento, il team utilizza lo strumento del debriefing, utile per apprendimento esperienziale. Il team ha l'opportunità di riflettere sulle prestazioni erogate e di ricevere feedback strutturati, per migliorarsi in futuro.

Il debriefing nasce durante la II Guerra Mondiale, più precisamente all'inizio degli anni '40, grazie al Generale di Brigata dell'Esercito Americano, Samuel

no con situazioni in cui i pazienti possono essere in pericolo di vita (traumi, infarti, arresti cardiaci, episodi di violenza, intossicazioni da sostanze stupefacenti).

Healy (Advanced Nurse Practitioner Cork University Hospital) e Tyrrell (psicoterapeuta dell'Università di Brighton) affermano che un modo per poter aiutare tutto il personale dei reparti di urgenza/emergenza ad affrontare le situazioni e le emozioni che ne derivano, è introdurre un programma di debriefing dopo eventi stressanti.



ESEMPIO RIPASSO SEQUENZA LOGICA

SEQUENZA LOGICA ARRESTO CARDIACO:

SEQUENZA LOGICA PTC:

1. Valutare sicurezza della scena

2. Valutare lo stato di coscienza del pz, chiedere ad alta voce: Mi sente?

3. Se non risponde, allineare il corpo scoprire il torace iperestensione del capo e sollevamento mento

4. Manovra GAS (guardo i movimenti del torace, ascolto i rumori respiratori, sento espirazione della vittima sulla guancia)

5. Allerto CO per supporto medicalizzato

6. DAE e RCP 30:2

A. AIRWAYS: pervietà delle vie aeree. (no iperestensione del capo, Si sublussazione mandibola, Guedel, collare cervicale, O2 alti flussi)

B. BREATHING: valutazione respiro (OPaCS: Osserva, Palpa il torace, Conta, Saturimetria)

C. CIRCULATION: valutazione cardiocircolatoria (ricerca emorragie, pressione, polso)

D. DISABILITY: valutazione stato di coscienza (AVPU Alert pz sveglia, Verbal reagisce stimolo verbale, Pain risponde stimolo doloroso, Unresponsive pz non risponde a nessuno stimolo)

E. EXPOSURE: Ispezione della vittima mediante esame “testa piedi”

Il debriefing tempestivo nell’assistenza sanitaria è essenziale, in quanto migliora la capacità degli infermieri e degli altri membri del team di affrontare tali eventi. Il debriefing può ridurre la possibilità di danni psicologici, parlando di ciò che è accaduto, soprattutto se si è verificato un incidente, che ha comportato lesioni gravi o morte.

Anche in assenza di un reale evento traumatico, il debriefing tiene conto di un ambiente di lavoro stressante e offre una preziosa opportunità per condividere pensieri, sentimenti ed esperienze.

I protocolli operativi del Sistema di Emergenza-Urgenza Territoriale 118 utilizzati dall’Asl Bari, asl Bat e Policlinico di Bari del 2015 e del 2020, definiscono l’utilizzo dei briefing e del debriefing.

Il briefing deve essere utilizzato dal capo equipaggio, ricordando la sequenza logica dell’intervento e distribuendo i compiti, ai componenti l’equipaggio.

Il debriefing deve essere utilizzato per alleggerire il Team, da particolari situazioni di stress.

L’errore, avviene in ambito sanitario ed è particolarmente rilevante in condizioni d’emergenza-urgenza, quando è necessario prendere molte e rapide decisioni. Il briefing e il debriefing rappresentano un ottimo strumento per prevenire gli errori e imparare da essi.

Questi strumenti riducono le interruzioni di comunicazione e i ritardi, migliorano la comunicazione e il lavoro di squadra, riducendo i carichi di lavoro, abbassando il tasso di complicanze e mortalità.

Probabilmente tutti gli infermieri conoscono il briefing e il debriefing, ma non colgono le reali potenzialità di questi due strumenti.

Dobbiamo impegnarci a scommettere su noi stessi, per migliorare le nostre performance per il bene dei nostri assistiti.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Nundy S, Mukherjee A, Sexton JB, et al. Impatto dei briefing preoperatori sui ritardi in sala operatoria: un rapporto preliminare. Arch Surg 2008; 143(11):1068-1072. PMID: 19015465.
2. Henrickson SE, Wadhwa RK, ElBardissi AW, et al. Sviluppo e valutazione pilota di un protocollo di briefing preoperatorio per la chirurgia cardiovascolare. J Am Coll Surg 2009; 208(6):1115-1123. PMID: 19476900.
3. Berenholtz SM, Schumacher K, Hayanga AJ, et al. Implementazione di briefing e debriefing standardizzati in sala operatoria presso un grande centro medico regionale. Jt Comm J Qual Patient Saf 2009; 35(8):391-397. PMID: 19719074.
4. Haynes AB, Weiser TG, Lipsitz SR, et al.; La chirurgia sicura salva il gruppo di studio delle vite. Una checklist di sicurezza chirurgica per ridurre la morbilità e la mortalità in una popolazione globale. N Engl J Med 2009; 360(5):491-499. PMID: 19144931.
5. Mullan PC, Wuestner E, Kerr TD, Christopher DP, & Patel B. Implementation of an in situ qualitative debriefing tool for resuscitations. Resuscitation, 2013, 84(7): 946 – 951.
6. Schön DA. Il professionista riflessivo. Bari: Italia, Edizione Dedalo; 1993.
7. Healy S, & Tyrrell M. Importance of debriefing following critical incidents. Emerg Nurse, 2013, 20(10): 32-37.
8. American Heart Association. Guidelines 2015 CPR & ECC. Sintesi dell’aggiornamento delle linee guida 2015 per CPR ed ECC. Disponibile su <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Italian.pdf>.

DIMISSIONI PROTETTE

Una proposta operativa per i Professionisti dell'Assistenza Infermieristica



Cosimo
DELLA PIETÀ

2^a parte

Procedura operativa: gestione dei percorsi assistenziali dei malati di terzo livello, dall'ospedale al domicilio

Obiettivi: Garantire omogenee modalità di presa in carico dei pazienti di terzo livello assistenziale ricoverati, che necessitano di continuità delle cure al proprio domicilio, dopo la dimissione.

Le finalità: 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, ridurre i ricoveri impropri e i tempi di degenza, agevolare l'intervento dei servizi territoriali dopo la dimissione dall'ospedale, garantire un tratto d'union tra professionisti che operano nell'ospedale e al domicilio, coinvolgere nel progetto assistenziale il malato e la sua famiglia, aumentare i livelli di appropriatezza dei servizi sanitari.

Ambito di applicazione: La procedura operativa descrive le attività messe in atto per coordinare gli interventi dei servizi interessati e garantire la continuità della presa in carico globale dei pazienti al momento delle dimissioni.

Generalità: Un importante riferimento nazionale per la costruzione della presente procedura operativa deriva dal modello organizzativo realizzato nella regione Piemonte, che tramite il DGR 27-3628 del 28/3/2012 ha dato mandato alle Aziende Sanitarie di costituire i NOCC (Nuclei Ospedalieri Continuità delle Cure) per la gestione del percorso di continuità assistenziale; a seguito di questo assetto normativo, l'Azienda Città della Salute di Torino, ha formalizzato la costituzione dei NOCC con delibera n° 1149 del 05/12/13, costruendo un percorso assistenziale ospedale territorio che può essere di riferimento per i nostri obiettivi.

Attività: Segnalazione del caso da parte del perso-

nale della struttura di degenza.

Il personale della struttura di degenza per tutte le persone ricoverate deve valutare il più presto possibile, durante il percorso assistenziale se al momento della dimissione il paziente potrà presentare:

- bisogni assistenziali sanitari: si intendono tutte quelle pratiche assistenziali sanitarie non gestibili in modo autonomo dal singolo paziente; ad esempio necessità di terapie endovenose, gestione di cateteri, presenza di disabilità, previsione di peggioramento delle condizioni generali, ecc.
- bisogni esclusivamente sociali: si intende quei pazienti che pur presentando alla dimissione bisogni assistenziali gestibili in modo autonomo (dal paziente stesso o dai familiari) lasciano emergere durante il ricovero "segnali di allarme" di una possibile situazione sociale che rappresenti un rischio anche per la salute; ad esempio abitazione non adeguata, problematiche personali o familiari, abbandono, ecc.

Nel caso siano presenti bisogni assistenziali e sociali il personale della struttura di degenza (in particolare il coordinatore) deve inviare la segnalazione con il Modulo "Scheda segnalazione intraospedaliera per continuità assistenziale" tempestivamente (e comunque entro massimo 15 giorni dalla data di dimissione prevista – ovviamente per ricoveri inferiori ai 15 giorni la segnalazione va fatta a maggior ragione il prima possibile) al NOCC.

Nel caso in cui non siano presenti bisogni assistenziali ma si ravvisino solo possibili bisogni sociali la segnalazione va inviata solo al servizio Sociale (Modulo di richiesta di consulenza sociale).

La valutazione del caso, da parte del NOCC, deve avvenire entro 3 giorni lavorativi dalla segnalazione, tramite un incontro preferibilmente congiunto (Assistente Sociale e Coordinatore Infermieristico) con il

personale dell'area di degenza interessata (in genere il Coordinatore) di presentazione del caso durante il quale si valutano i bisogni assistenziali e sociali del paziente e si inizia a compilare il modulo di segnalazione al distretto di residenza.

Può essere utile e/o necessario in questa fase anche un primo colloquio con il paziente e/o la famiglia.

La presa in carico del caso è sia sociale che assistenziale: presa in carico sociale attraverso colloquio con paziente e/o familiare di riferimento, indagine sociale, informativa benefici di legge tramite colloquio e consegna dell'informativa relativa.

Coinvolgimento servizi territoriali e presa in carico assistenziale attraverso la valutazione delle necessità assistenziali e/o cliniche dopo la dimissione. Individuazione dei presidi e materiali necessari, individuazione del caregiver.

L'assistente sociale definisce il livello di complessità sociale (bassa - media - alta) attraverso la redazione della scheda sociale che comprende: area abitativa, area familiare, area economica, area istituzionale, area trasporti.

Mentre il coordinatore infermieristico e il medico del NOCC definiscono il livello di complessità assistenziale, al fine di valutare la modalità più appropriata di dimissione protetta e per identificare le opportune risorse da attivare.

Nel caso in cui emerga che i bisogni assistenziali non richiedono la presenza di un caregiver ma siano evidenziati bisogni sociali, il paziente viene preso in carico dal Servizio Sociale; nel caso in cui non si evidenzino neanche bisogni sociali la struttura di degenza procederà con una dimissione ordinaria al domicilio.

Il coordinatore infermieristico del NOCC collabora con il personale della struttura di degenza per l'individuazione di ausili e presidi necessari e facilita il percorso di richiesta con l'Asl di residenza e aiuta a predisporre la modulistica necessaria (Modulo richiesta ausilio).

L'assistente sociale provvede ad individuare i benefici previsti dalla Legge, ad informarne il paziente e/o la famiglia e a supportare sia il personale della degenza che i familiari nell'avvio delle procedure per l'ottenimento degli stessi.

Il personale sanitario del NOCC, in accordo con la struttura di degenza, provvede a sostenere il paziente e la famiglia nella scelta del caregiver. L'assistente sociale nel contempo conduce l'indagine sociale per valutare se le condizioni abitative, familiari e le caratteristiche del caregiver permettono la dimissione al domicilio.

Nel caso in cui non sia individuabile un caregiver ovvero non vi siano le condizioni sociali necessarie, esperiti tutti gli interventi per il superamento delle eventuali difficoltà al ritorno al domicilio e supe-

rata la fase acuta di malattia, si dovranno individuare le possibili soluzioni alternative al ricovero, offerte dal territorio sotto qualsiasi forma a seconda delle preferenze e disponibilità del paziente e della famiglia (strutture pubbliche, convenzionate, private, del volontariato) e della idoneità alle necessità assistenziali del paziente.

Nel caso sia appropriato avviare un percorso per ricovero in hospice - previo consenso del paziente e della famiglia - si utilizza la modalità procedurale descritta nell'apposita scheda "istruzione operativa valutazione hospice".

Per i malati con elevata complessità assistenziale, ma con una completa stabilizzazione delle condizioni cliniche, si può prevedere un periodo di ricovero presso una struttura di "Dimissione protetta cure intermedie" al fine di preparare, facilitare o attendere l'organizzazione del successivo percorso di cura al domicilio o in struttura protetta.

L'addestramento del caregiver deve avvenire seguendo un programma strutturato definito dagli operatori della struttura di degenza, con il coinvolgimento degli infermieri ADI che eventualmente prenderanno in gestione il caso al domicilio.

Tale percorso termina una volta che il Coordinatore dell'area di degenza ne possa attestare il raggiungimento delle competenze.

Al termine dell'addestramento verrà esplicitata una valutazione sulla idoneità del caregiver in modo congiunto da operatori sanitari e sociali della continuità.

Nel caso di non idoneità e di assenza di caregiver alternativo il paziente dovrà essere indirizzato verso soluzioni alternative alla dimissione al domicilio. Il coordinatore infermieristico e l'assistente sociale del NOCC provvedono ad inoltrare il più presto possibile, una volta acquisiti il minimo di elementi necessari, la segnalazione al territorio utilizzando un'apposita modulistica "segnalazione dimissione ospedaliera".

Nel caso in cui il servizio territoriale non fornisca riscontro entro 3 gg. lavorativi, il NOCC provvederà a contattare direttamente il Medico di Medicina Generale. Nel caso in cui vi sia necessità di sottoporre il progetto sul paziente all'unità di valutazione (geriatrica, handicap, minori) il NOCC si occuperà di attivare il percorso in sinergia con i servizi sociali territoriali.

Se richiesto e/o necessario può essere concordato un incontro con gli operatori del territorio; durante tale incontro il personale della struttura di degenza e quello del NOCC presentano il caso agli operatori del territorio.

Nel momento in cui le condizioni del paziente permettono le dimissioni e verificata con la famiglia la presenza di tutti gli ausili richiesti e l'avvenuto collaudo, la fornitura dei farmaci e dei presidi monou-



so necessari, si organizzerà ove previsto e se necessario, il trasporto in ambulanza del paziente al domicilio.

Le dimissioni di un paziente in tutte le forme di cure domiciliari possono avvenire esclusivamente nel giorno concordato con il Responsabile territoriale delle Cure Domiciliari in quanto è previsto dalla normativa in materia che la presa in carico avvenga nel giorno stesso di arrivo al domicilio previa visita congiunta del personale infermieristico territoriale che del MMG.

Per quanto riguarda l'archiviazione, tutta la documentazione (sia sanitaria che sociale) relativa a ciascun caso di continuità assistenziale verrà archiviata in formato informatizzato dopo scannerizzazione dell'originale cartaceo in cartelle dedicate per ciascun paziente e archiviate nel percorso: S:\percorsi di cura. Il cartaceo verrà attentamente smaltito nel rispetto della Privacy.

La letteratura documenta quanto sia difficile garantire la continuità dell'assistenza alla dimissione, soprattutto per scarso coordinamento tra i soggetti coinvolti e l'inadeguatezza delle informazioni trasmesse tra gli infermieri dell'Ospedale e quelli del Territorio. La documentazione scritta, le rendicontazioni informatizzate, hanno molti limiti, alcuni intrinseci come la grande quantità di tempo richiesto per la compilazione (inevitabilmente sottratto a quello dedicato all'assistenza), ma, soprattutto, estrinseci legati alle scelte (la struttura della documentazione è molto variabile), all'uso che ne fanno gli operatori (scarsa quantità e qualità delle informazioni trasmesse), ma anche ai contenuti (documentare ciò che è accaduto in reparto o ciò che sarebbe necessario fare a domicilio). Nel 1997 Tornkvist et al, hanno condotto uno studio sulla documentazione infermieristica in uso sul territorio, evidenziando che la maggior parte degli infermieri intervistati, si dichiarava insoddisfatta per la mancanza di un modello

comune, e per gli elevati tempi di compilazione o di lettura della modulistica, non sempre compatibili con l'esigenza di efficienza dei servizi.

Le criticità evidenziate in questo lavoro, dovranno essere oggetto di ulteriori approfondimenti del gruppo di professionisti che si impegnerà nel progetto di continuità assistenziale Ospedale/Territorio, e dovranno portare alla realizzazione e stesura di un documento, i cui contenuti siano condivisi dall'intero gruppo.

Tuttavia secondo gli studi disponibili l'efficacia della documentazione scritta sulla continuità dell'assistenza del paziente dimesso è ancora dubbia. Limitarsi a scrivere o dedicare risorse, non assicurano la continuità delle cure come vorremmo.

Probabilmente, potrebbero avere maggiore efficacia, se integrate in un piano di dimissione che includa:

- Il concetto di pianificazione dell'assistenza,
- La documentazione scritta,
- Il massimo coinvolgimento di tutti gli operatori per garantire la continuità dell'assistenza,
- Un supporto costante prima e dopo il ricovero del paziente,
- La capacità di tener conto delle preferenze del paziente che dovrebbe sentirsi in grado di "autogestirsi" quanto più possibile.

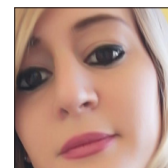
La metodologia adottata nel progetto di continuità delle cure è sovrapponibile a quella documentata dalla letteratura, prevede l'integrazione del piano di assistenza nella documentazione scritta, il coinvolgimento degli operatori, la conoscenza organizzativa dei servizi e il coinvolgimento della famiglia. Alla base di tale progetto di integrazione, per garantire la continuità assistenziale al malato, emerge lo sforzo, l'impegno e la grande volontà adoperati per poter lavorare insieme nel raggiungimento di un fine comune: "migliorare la qualità di vita percepita dal malato e dalla sua famiglia".

BIBLIOGRAFIA

1. ASL 10 Firenze, "Attività infermieristica domiciliare della città di Firenze", Firenze, 1996.
2. 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.
3. Bollettino Ufficiale della regione Puglia, n. 148 del 13/11/2006.
4. Calamandrei C, Orlando C. La dirigenza infermieristica, manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. Ed. McGraw-Hill, seconda ed..
5. Calvo V. "il colloquio di counseling. Tecniche di intervento nella relazione di aiuto". Bologna, Il Mulino – Aspetti della Psicologia, 2007.
6. Cascioli S., "L'assistenza agli anziani. Il processo di programmazione e gli strumenti manageriali a supporto", Franco Angeli, Milano, 2001.
7. 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).
8. 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).
9. 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).

TELEMEDICINA: NUOVA CONCEZIONE DELL'ASSISTENZA

Nuove modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Un nuovo modo di fare assistenza



Angela
SARDELLA



Maria
COLAPINTO

L'avvento delle nuove tecnologie informatiche, pur nella diversità degli ambiti di applicazione, ha trovato corrispondenza anche nel settore della salute, a supporto della professionalità medica.

Da tempo l'innovazione medico-sanitaria si è affidata a strumentazioni sempre più complesse per la diagnostica (come ecografie e risonanze magnetiche), in funzione di ausilio individuale, fino ai macchinari che supportano gli specialisti in sala operatoria attraverso la biomedicina.

Uno degli aspetti più innovativi dell'applicazione a vasto raggio delle tecnologie della comunicazione è la pratica medica a distanza, cioè la telemedicina. Il termine salute proviene dalla radice etimologica "salus"; in latino questo termine indica l'attributo principale degli interi, mentre dal greco deriva dal termine "holos", che significa totalità ed è la radice del termine "olismo", il quale si riferisce "al tutto". Nell'ultimo secolo il concetto di salute ha subito diversi interventi a partire dal semplice concetto di assenza di malattia ad uno più ampio con varie dimensioni (comportamentale, sociale, ambientale, economico).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in assenza di malattie o d'infermità».

In questo momento storico rientra anche il concetto di Telemedicina come strumento innovativo volto a garantire il benessere dell'individuo in tutte e tre le dimensioni: biologica, mentale e sociale.

Il primo tentativo di telemedicina risale al 1906 quando Willem Einthoven, uno dei padri dell'elettrocardiografia, iniziò a studiare l'elettrocardiogramma trasmesso attraverso la linea telefonica; altri tentativi avvennero nel 1955, anno in cui l'Istituto Psichia-

trico del Nebraska utilizzò la televisione a circuito chiuso per svolgere consulti specialistici.

Ci sarebbero tanti altri esempi virtuosi di primi tentativi di quella che oggi potremmo considerare come Telemedicina; in particolare, con l'invenzione di Internet si lasciò spazio ad una vera e propria comunicazione globale; oggi è possibile superare ogni distanza fisica, è possibile archiviare enormi quantità di dati ed informazioni, divulgare immagini, audio e video; tutto a prezzi altamente inferiori rispetto al passato.

Tutto ciò non può che migliorare il sistema socio-sanitario, agevolando la comunicazione, il confronto. L'uso della telemedicina, prima della pandemia di Covid-19, era alquanto limitato nella maggior parte dei paesi Ocse, rallentato da barriere normative e da perplessità da parte dei pazienti e dei professionisti. Nel 2020 il Covid-19 ha interrotto in modo significativo l'assistenza di persona, e tutti i governi, di fronte a significative interruzioni dell'assistenza di persona, introducendo nuove leggi e rivedendo le leggi esistenti, hanno rapidamente promosso l'uso della telemedicina, infatti, il numero di teleconsulti è aumentato vertiginosamente, svolgendo un ruolo fondamentale nel mantenere l'accesso e la continuità delle cure.

La pandemia da SARS-CoV2 Covid19 ha imposto cambiamenti nel nostro stile di vita, nella nostra quotidianità e nelle modalità di accesso a servizi pubblici e sanitari contribuendo notevolmente alla diffusione e allo sviluppo della telemedicina (una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente, o due professionisti, non si trovano nella stessa località).

La Telemedicina si può classificare in quattro grandi categorie:

1. Telemedicina specialistica.
2. Telesalute.
3. Teleassistenza.
4. Telemonitoraggio.

All'interno della **telemedicina specialistica** si evidenziano due modalità con le quali si forniscono servizi medici a distanza. La prima è quella tra medico e paziente, la seconda tra medici e operatori sanitari. Le prestazioni possono essere svolte secondo varie modalità:

- **Televisita:** si tratta di un atto in cui il medico interagisce in tempo reale con il paziente. Questo può avvenire attraverso un professionista sanitario, come l'infermiere oppure un caregiver, il quale può assistere il medico a distanza o in differita.
- **Teleconsulto:** si tratta di un'azione di diagnosi, la quale consente il confronto fra specialisti, senza la presenza diretta del paziente. Attraverso lo scambio di informazioni l'obiettivo è quello di identificare la terapia migliore per l'assistenza al paziente; per fare ciò è necessario che vengano forniti tutti i dati clinici, referti, immagini, gli audio-video che riguardano il caso specifico. Il teleconsulto può essere svolto in modalità sincrona (in diretta) o asincrona (in differita).
- **Telecooperazione sanitaria:** si tratta di un atto che consiste nell'assistenza di un medico ad un altro medico o operatore sanitario. Basti pensare all'assistenza che viene fornita a coloro che devono prestare soccorso d'urgenza.

Il termine **Teleassistenza**, fa riferimento al sistema socio-assistenziale che ha come fine la presa in carico dell'anziano o del soggetto con fragilità. «La teleassistenza ha un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale» (Ministero della Salute op. cit., p.12).

Infine, il **Telemonitoraggio**, permette la trasmissione a distanza di parametri vitali continuamente, attraverso sensori che interagiscono con l'utente.

Le tecnologie utilizzate a domicilio sono connesse tramite un software che raccoglie i dati dei sensori necessari al controllo con maggiore frequenza.

La sfida che si profila all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) riguarda la strutturazione di un sistema pubblico più rapido e sicuro di raccolta e trasmissione dati attraverso il nuovo fascicolo sanitario elettronico e la piattaforma nazionale di telemedicina, così da garantire un servizio sanitario moderno e inclusivo, oltre al raggiungimento di standard qualitativi che favoriscano idonee prestazioni di cura e prevenzione alla collettività.

Lo sguardo futuro rileva prospettive molto interessanti: all'interno del PNRR, nella Missione numero 6 riferita alla salute, si vogliono rendere le strutture italiane più moderne, tecnologiche ed inclusive attraverso il nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico e la Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

I due percorsi, seppur distinti, risultano interconnessi e necessitano di controllo e monitoraggio a livello nazionale al fine di garantire una gestione unifi-

“La telemedicina è una modalità di erogazione dei servizi sanitari tramite il ricorso a tecnologie innovative (Information and Communication Technologies-ICT) al fine di effettuare la diagnosi, la cura, in termini di riabilitazione e monitoraggio del paziente, e la prevenzione secondaria (Lange, B., et al. 2009) - linee guida del Ministero della Salute (2014)”

Con il termine **Telesalute**, s'intendono i servizi che collegano i medici con i pazienti, in particolar modo cronici e che ha come obiettivo quello di assistere nella diagnosi, monitoraggio e gestione degli stessi. Grazie alla Telesalute il medico è in grado di interpretare i dati a distanza (ottenuti tramite telemonitoraggio) e successivamente poter prendere in carico il paziente.

Nella Telesalute si prevedono ruoli attivi sia da parte del medico che del paziente. La telesalute comprende il telemonitoraggio non solo a scopo di trasmissione ed interpretazione dei dati ma anche per supportare la gestione della terapia (Ministero della Salute, 2012).

cata di codifiche e dizionari terminologici, valutazione dei risultati, raccolta dati, messa a disposizione di servizi, attraverso l'appoggio di strutture icloud. Questa impostazione farà sì che si potrà continuare ad utilizzare i servizi e le funzioni attualmente in essere, ma allo stesso tempo si potranno integrare con nuove prestazioni delineate nelle linee guida di attuazione da parte dell'AGENAS (soggetto istituzionale responsabile dell'implementazione). Il progetto dietro il nuovo FSE è quello di fare in modo che esso sia completo nei contenuti e rappresenti il punto unico di accesso ai servizi sanitari online attraverso la trasformazione da “archivio di documenti” a “ecosistema di dati e servizi”.

Infatti, il nuovo FSE dovrà contenere dati comuni in tutte le Regioni.

Il piano della Piattaforma Nazionale di Telemedicina è quello di finanziare lo sviluppo e la diffusione di nuovi progetti all'interno di sistemi sanitari regionali. In particolare, si propone l'uso della telemedicina per i casi cronici e non solo.

La sfida che si prospetta negli anni a venire riguarda l'interoperabilità transfrontaliera, pertanto, sarebbe necessario che una delle priorità della politica a livello Europeo fosse quella di salvaguardare e stimolare il mercato nello sviluppo della telemedicina, preservando così l'interesse primario della presa in

continuità di cura, che consente di orientare meglio i pazienti nei loro passaggi attraverso i vari setting socio assistenziali e implementare l'uso di piattaforme di Telemedicina che consentono anche l'interazione tra i medici e gli specialisti nel caso di consulti e definizione del percorso di cura. Infatti, i servizi di Telemedicina preferiti dalla maggior parte degli operatori sanitari sono il teleconsulto con uno specialista, il teleconsulto con un medico di medicina generale, il telemonitoraggio, la teleassistenza, la telecooperazione, la televisita e la telerefertazione. Ormai è determinante il ruolo del digitale nel sistema sanitario, infatti può garantire e permettere la

***“L’Organizzazione Mondiale della Sanità adotta nel 1997 la seguente definizione:
“la telemedicina è l’erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un
fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie
dell’informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili
alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire
un’informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la
ricerca e la valutazione della cura”***

carico del singolo e della collettività.

Alcuni dati dell’OCSE evidenziano che i pazienti che hanno utilizzato i servizi di telemedicina sono molto soddisfatti. Nel contempo viene evidenziato che i servizi di telemedicina fanno risparmiare tempo e denaro ai pazienti. La telemedicina può svolgere un ruolo fondamentale e la si può realizzare per le finalità sanitarie (Prevenzione secondaria, Diagnosi, Cura, Riabilitazione e Monitoraggio).

La pandemia da coronavirus ha messo in evidenza la necessità, la priorità e l’urgenza di investire sul territorio per potenziarne i servizi, attraverso la con-

tinuità di cura di tutti i pazienti, in particolare nei pazienti cronici che rappresentano una fetta molto importante dei costi per il Sistema Sanitario Nazionale. Con la diffusione dei servizi di consulto medico a distanza, che hanno registrato un’ampio consenso durante la pandemia, si è posto anche l’esigenza di regolamentare tali servizi. La Conferenza Stato Regioni, il 17/12/2020 (repertorio atti n. 215/CSR), ha approvato le nuove Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni di telemedicina. Le prestazioni sanitarie in telemedicina diventano prestazioni sanitarie riconosciute.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Parlamento Europeo del consiglio, (1999) Decisione n. 276/1999/CE del 25 gennaio 1999, che adotta un piano d’azione comunitario pluriennale sulla promozione di un uso più sicuro di Internet mediante la lotta ai contenuti illegali e nocivi diffuse attraverso le reti globali, GU 6. 2. 1999 L33/1.
2. Pohl, M., (2017) mHealth App Economics 2017/2018, Current status and future trends in mobile Health, Reasearch2Guidance.
3. Oudshoorn, N., (2012) How places matter: telecare technologies and the changing spatial dimensions of healthcare, Social Studies of Science, 42 (1), pp. 121-142.
4. Oudshoorn, N., (2016) The vulnerability of cyborgs: the case of ICD shocks, Science, Technology & Human Values, 41(5), pp. 767-792.
5. Pasquale, F., (2015) The Black Box Society: The Secret Algorithms that Control Money and Information. Boston, MA: Harvard University Press.
6. Piras, E.M. and Miele, F., (2017) Clinical self- tracking and monitoring technologies: negotiations in the ICT- mediated patient-provider relationship, Health Sociology Review, 26(1), pp. 38-53.
7. Linee guida tecniche per lo sviluppo della Telemedicina orientata alle buone pratiche proposte dall’Osservatorio Nazionale e-care.
8. Linee guida sul Fascicolo sanitario elettronico del Ministero della salute del 10 febbraio 2011 (G.U. n. 50 del 2 marzo 2011).
9. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/tele-nurse-ecco-infermiera-telemedicina.html>.
10. <https://www.infermiereonline.org/2020/11/19/assistenza-la-telemedicina/>.
11. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf.
12. Conferenza Stato Regioni, repertorio atti n. 215/CSR del 17/12/2020.
13. <https://medicoepaziente.it/2020/i-medici-e-la-digital-health-prima-e-dopo-covid-19/>.

LEADERSHIP: CHIAVE DI SUCCESSO PER MIGLIORARE I CONTESTI LAVORATIVI

L'importanza nella gestione stress lavoro-correlato



Sandra
BELLINI



Angela
SASSONE

Il settore sanitario sta vivendo oggi un momento di forte instabilità a causa delle problematiche legate alla sostenibilità finanziaria.

In questo contesto, il tema della leadership, ha acquisito molta importanza, in virtù delle notevoli trasformazioni che hanno investito la "sanità", e per il rinnovato valore che il ruolo del leader ha assunto nell'ambito della gestione delle risorse umane impiegate in sanità. Un ruolo complesso è affidato, infatti, a chi è chiamato ad amministrare le aziende sanitarie e a gestire i compositi team di lavoro in esse presenti; proprio per le peculiarità insite nelle professioni di aiuto e assistenza, per le criticità dovute a fattori quali il blocco del turnover, per la riorganizzazione dei setting assistenziali, per la scarsità di risorse a disposizione, per l'accresciuto empowerment degli utenti e, non ultime, per le accresciute istanze degli stakeholder presenti sul territorio.

Con questo articolo si vuole sottolineare l'importanza dell'"empowering leadership" per cercare di comprendere quanto questo processo possa agevolare e migliorare gli ambienti di lavoro. Attraverso la letteratura si evince che la leadership interferisce direttamente nel contesto lavorativo. La soddisfazione professionale degli infermieri e del personale e le condizioni di lavoro possono essere migliorate con l'aiuto dell'organizzazione e soprattutto con l'aiuto dei leader. I leader sono in grado di apportare modifiche in termini di clima organizzativo, impegno, efficacia, efficienza e produzione di innovazione. I potenziali benefici dell'empowering leadership mirano a:

- Aumentare la soddisfazione dei pazienti;
- Aumentare la soddisfazione degli infermieri attraverso la responsabilizzazione che, a sua vol-

ta, aumenta anche la professionalità;

- Aumentare la soddisfazione della famiglia meglio informata e integrata nelle cure;
- Sviluppare la collaborazione tra i membri del team curante;
- Migliorare la relazione riducendo i contenziosi tra cittadini e aziende sanitarie;
- Individuare e valorizzare le competenze;
- Sviluppare la sicurezza nel processo di cura della singola persona.

Tutti questi obiettivi si intersecano con forza e coerenza con il concetto di una buona azienda sanitaria, infatti secondo una nota definizione "una buona azienda oltre ad organizzare in modo efficiente e razionale il lavoro, deve anche definire percorsi che forniscano senso e qualità alla vita professionale degli operatori che contribuiscono al raggiungimento dei risultati di salute. Bisogna sempre collocare le prestazioni sanitarie in una dimensione relazionale, oltre che tecnica. Mettere in primo piano la dimensione relazionale e umana è imprescindibile" (Agenas, Aress Regione Piemonte, 2011).

Nella letteratura recente, ci sono molti contributi che sottolineano quanto oggi i coordinatori e i dirigenti infermieristici possano avere un impatto decisivo sull'organizzazione sanitaria e, nello specifico, la capacità di motivare e incoraggiare il personale può portare a una più alta soddisfazione e a prestazioni più elevate. È stato riscontrato che forme di leadership che escludono questi processi decisionali partecipativi e il riconoscimento dei membri in termini di specifiche professionalità e caratteristiche hanno un impatto negativo significativo sulla work satisfaction dei collaboratori generando un aumento di stress sul team lavorativo. Lo Stress lavoro correlato può interessare potenzialmente ogni luogo di lavoro e ogni lavoratore in quanto causato da aspetti

diversi strettamente connessi con l'organizzazione e l'ambiente di lavoro. Il D. Lgs. 106/2009 correttivo del D. Lgs 81/2008 modifica l'art. 28, facendo decorrere l'obbligo della valutazione dello stress-lavoro correlato nei luoghi di lavoro a far data 1° gennaio 2011. Pertanto, le Aziende sono tenute a garantire nell'ambito dell'organizzazione, un contesto lavorativo quanto più possibile orientato al benessere. I risultati di un recente studio Coordinato dall'università Tor Vergata "La leadership del coordinatore infermieristico riduce gli errori in corsia. I risultati dello studio coordinato dal Policlinico Tor Vergata" mostrano che nei reparti in cui il coordinatore esercita uno stile di leadership etico e autentico i livelli di cinismo, di stress e di burnout degli infermieri sono

fornendo risorse sufficienti per soddisfare le richieste di lavoro.

- Controllo: Dare un'adeguata quantità di autonomia, partecipazione e offrire opportunità di utilizzare le competenze e dare la possibilità di provare nuove idee sono solo alcuni esempi di come i leader possono supportare i propri dipendenti.
- Ricompensa: Soprattutto la ricompensa è una parte importante della relazione positiva tra leader e dipendente. Il lavoro realizzato dovrebbe essere apprezzato, lo sforzo non dovrebbe passare inosservato e ogni input dovrebbe essere valutato.
- Comunità: Aspetti come lode, conforto e umori-

Dimensione	Item	Descrizione delle dimensioni esplorate
Dare il buon esempio	5	Descrive un insieme di comportamenti che dimostrano l'impegno profuso dal leader nel suo lavoro, quanto meno alla pari dei suoi collaboratori
Coaching	11	Si riferisce a un insieme di azioni che il leader mette in atto al fine di formare i collaboratori e aiutarli ad acquisire fiducia in se stessi
Processo decisionale partecipativo	6	Misura la capacità del leader di richiedere e utilizzare i suggerimenti che provengono dal gruppo per prendere decisioni condivise
Informare	6	Si riferisce all'abilità del leader di diffondere le informazioni più importanti, la mission dell'organizzazione, le regole e gli obiettivi prioritari
Mostrare attenzione per il team	10	Riguarda i comportamenti del leader che dimostrano il suo interesse per il benessere dei collaboratori e la sua volontà di mantenersi al corrente del clima di gruppo
Totale item	38	

Tabella 1 - Dimensioni dell'Empowering Leadership Questionnaire (ELQ)

decisamente più bassi. In queste unità operative anche i livelli di soddisfazione lavorativa, di dedizione al lavoro e di senso di appartenenza nutriti dagli infermieri verso la propria organizzazione, risultano essere più alti, con valori statisticamente significativi. In queste realtà organizzative, in cui il middle management adotta stili di leadership etici ed autentici, l'intenzione di abbandonare la professione è decisamente meno sentita tra il gruppo infermieristico. I risultati dimostrano inoltre che un buon leader, riesce a supportare al meglio le attività dei propri collaboratori e a detenere eventuali conflitti interpersonali, consentendo di aumentare i livelli di qualità di vita extralavorativa.

Nei limiti delle possibilità concrete, l'adozione di un empowering leadership style da parte del coordinatore può migliorare il vissuto lavorativo, la soddisfazione generale e la salute fisica, psichica e organizzativa degli infermieri, ma anche di tutto il personale. Come? Secondo un altro studio preso in considerazione, i leader dovrebbero concentrarsi su sei aree:

- Carico di lavoro: I leader sono in grado di offrire opportunità per bilanciare il carico di lavoro dando abbastanza tempo per finire il lavoro o

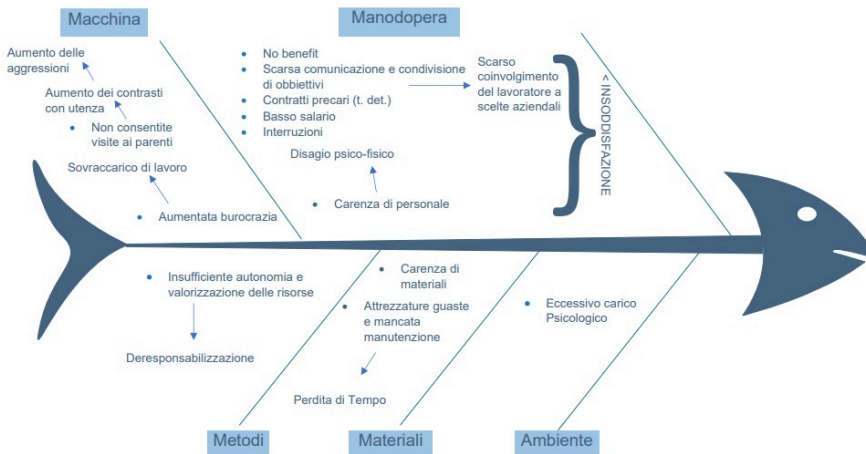
smo, nonché una rispettosa cooperazione sono punti essenziali in un gruppo di lavoro che può essere implementata con l'aiuto della leadership.

- Equità: Il senso di equità è un sentimento individuale e quindi è difficile da generalizzare. Tuttavia, il comportamento di leadership può seguire alcune regole di base: i dipendenti dovrebbero essere trattati in modo equo e tutte le risorse dovrebbero essere condivise in modo equo.
- Value-Fit: I leader sono in grado di supportare la coerenza di valori diversi allineando i valori dei dipendenti e dell'organizzazione e organizzando compiti coerenti con gli obiettivi personali e quelli dell'azienda. È anche importante fare in modo che nessuno debba lavorare contro i propri valori.

Al fine di migliorare il contesto lavorativo attraverso la figura dei leader, un ulteriore studio preso in considerazione utilizza a tal fine la scala ELQ (Arnold et al. 2000) tradotta con il metodo della back translation e adattata al contesto italiano. Il questionario è composto da 38 item (Tabella 1), raggruppati in 5 dimensioni, come riportato nella tabella. Per ogni item è utilizzata una scala Likert a 5 punti che va

da un minimo di “mai” (punteggio 1) a un massimo di “sempre” (punteggio 5): più alto è il punteggio, maggiore è la capacità di empowerment del leader. Bobbio e collaboratori (2007) hanno fissato a 3 il valore soglia per misurare l’empowering leadership e determinare la presenza o l’assenza nello stile di leadership delle dimensioni esplorate con i vari item.

principalmente per indagare le percezioni dei lavoratori sui fattori di contesto (es. cultura organizzativa, rapporti interpersonali...) e di contenuto (es. carico di lavoro, orario di lavoro...) nel caso di piccoli gruppi, e per raccogliere suggerimenti o proposte dai lavoratori che permettano di individuare e pianificare interventi di miglioramento più adeguati.



Schema 1 - Diagramma di Ishikawa stress lavoro-correlato

Nello specifico, in questo articolo, viene riportato un esempio di focus group che rileva possibili fattori che possano contribuire a favorire un malcontento generale portando ad un aumentato livello di stress lavorativo. I fattori sono stati riassunti nel diagramma di Ishikawa (schema 1).

Dalla conduzione di una swot analysis, l’empowering leadership sicuramente è in grado di creare una maggiore occasione di confronto tra gli operatori coinvolti, aumentare la partecipazione di questi a processi decisionali, aumentandone la motivazione [legge 251/2000], aumentare la collaborazione, i rapporti interpersonali tra i diversi operatori e migliorare il clima organizzativo, aumentare la soddisfazione dello staff e la customer satisfaction; valorizzando le competenze dei singoli professionisti e apportando un miglioramento degli outcome; anche se allo stesso tempo l’applicazione dell’empowering leadership può riscontrare delle difficoltà come la difficoltà a coinvolgere attivamente tutto il personale e la resistenza al cambiamento dello stesso, la presenza di dinamiche di gruppo inefficaci, l’aumento del carico di lavoro.

Successivamente, al fine di migliorare l’empowering leadership negli ambienti di lavoro può risultare utile la creazione di Focus Group da effettuare periodicamente.

Questa tecnica di analisi qualitativa che attraverso una discussione di gruppo pianificata ha lo scopo di raccogliere informazioni e dati su uno specifico tema, risulta essere un ottimo strumento per valutare le percezioni dei lavoratori ed in particolare il manuale INAIL (pubblicato nel 2017) riporta che il focus group può essere utilizzato nella valutazione prin-

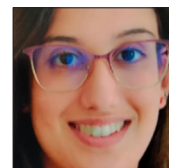
cipalmente per indagare le percezioni dei lavoratori sui fattori di contesto (es. cultura organizzativa, rapporti interpersonali...) e di contenuto (es. carico di lavoro, orario di lavoro...) nel caso di piccoli gruppi, e per raccogliere suggerimenti o proposte dai lavoratori che permettano di individuare e pianificare interventi di miglioramento più adeguati.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

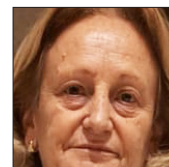
1. Gopee N., Galloway J., (2017). Leadership and Management in Healthcare. London: Sage Publications Ltd.
2. Abdelhafiz, I. M., Alloubani, A. M., & Almatari, M. (2016). Impact of leadership styles adopted by head nurses on job satisfaction: a comparative study between governmental and private hospitals in Jordan. Journal of nursing management, 24(3), 384–392.
3. <https://doi.org/10.1111/jonm.12333>
4. Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses’ Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. International journal of environmental research and public health, 18(4), 1552.
5. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
6. Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. International journal of nursing studies, 85, 19-60.
7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
8. Sili A., Zaghini F., Fiorini J. (2021) Progetto “La leadership infermieristica nella pratica clinica: Efficacia e impatto sui Nursing Sensitive Outcomes. Studio correlazionale trasversale” Policlinico Tor Vergata.
9. P. Jiménez, A. Bregenzer, K Wolfgang Kallus, B. Fruhwirth, V. Wagner-Hartl (2017), Migliorare le risorse sul posto di lavoro con una leadership che promuove la salute, int. J. Ambiente. ris. Sanità pubblica. Disponibile al sito: <https://doi.org/10.3390/ijerph14101264>, consultato il 03/10/2022.
10. Bobbio, A., Manganelli Rattazzi, A. M., & Muraro, M. (2007). Empowering leadership style in ambito sanitario. Uno studio sul coordinatore infermieristico [Empowering leadership style among health care workers. A study on the nurse manager]. Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia, 29(1 Suppl A), A37–A49.

CONDIZIONI DI SICUREZZA E SALUTE OTTIMALI RAPPRESENTANO UN BENE PER L'AZIENDA

Misure efficaci di salute e sicurezza sul luogo di lavoro rappresentano una pura e semplice necessità



Alessia
LABATE



Maria Concetta
L'ABBATE

I Datori di Lavoro hanno la responsabilità giuridica di proteggere i lavoratori dai rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro (SSL). Fra i tanti obblighi vi è quello di realizzare una valutazione dei rischi, che costituisce la base da cui partire per sviluppare opportuni interventi nel campo della salute e della sicurezza.

La SSL non è solo una questione di rispetto della legge, è molto di più di un mero obbligo amministrativo. È una parte fondamentale della buona gestione aziendale. Il successo dell'azienda è innanzitutto il successo dei dipendenti (la combinazione delle competenze, dell'impegno e della dedizione di queste persone). Una buona gestione della SSL consente di ridurre le possibilità di infortuni e di malattie professionali dei lavoratori, che non si assentano dal lavoro per settimane a causa di uno SLC, tutte problematiche che, se evitate, riducono il tasso di infortuni sul lavoro e le malattie legate all'ambiente di lavoro comportando, di conseguenza, benefici per l'azienda. Gli infortuni sul luogo di lavoro e le malattie professionali si potrebbero evitare in numero decisamente maggiore. Nei luoghi di lavoro sani e sicuri il personale è più motivato e lavora con maggiore impegno. La salute e la sicurezza possono essere gestite efficacemente a beneficio dei lavoratori e dell'azienda stessa attraverso un buon sistema di SSL e la gestione della SSL che non deve essere necessariamente complessa. L'adozione di semplici misure può spesso condurre a miglioramenti sostanziali della salute e della sicurezza sul lavoro. La normativa vigente prevede che i datori di lavoro sono tenuti a garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi con il lavoro.

A tal fine i datori di lavoro devono adempiere ad una serie di azioni, fra cui valutare i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, assicurarsi che ogni la-

voratore riceva un'adeguata formazione in materia di salute e sicurezza, coinvolgere i lavoratori e i loro rappresentanti nelle discussioni sulla salute e sicurezza. Anche i lavoratori hanno obblighi giuridici in materia di salute e sicurezza: devono fare un uso corretto delle attrezzature, informare il DdL e/o Dirigenti di qualsiasi pericolo grave e immediato e di eventuali carenze nei dispositivi di sicurezza, devono cooperare con i DdL nell'assicurarsi che l'ambiente e le condizioni di lavoro siano sicuri.

Tra i principali obblighi giuridici per i datori di lavoro in materia di SSL vi è quello di «effettuare una valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro, inclusi i rischi riguardanti i gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari» e conseguentemente «determinare le misure protettive da prendere». La valutazione dei rischi è la base di qualsiasi approccio alla gestione della salute e della sicurezza ed è essenziale nella configurazione di un ambiente di lavoro sano e sicuro. Essa vi aiuterà a identificare le giuste misure da adottare per prevenire i rischi sul luogo di lavoro e fornire ai lavoratori le informazioni e la formazione adeguate. NON deve essere considerata solo un obbligo di legge e quindi un'altra casella amministrativa da spuntare.

La legge non prescrive come condurre la valutazione dei rischi. Esistono diversi metodi per effettuare una valutazione dei rischi ma, fondamentalmente, si deve riflettere su ciò che potrebbe danneggiare i lavoratori e decidere come evitarlo. Il processo prevede alcune fasi:

1. Raccolta di informazioni
2. Individuazione dei rischi
3. Valutazione del rischio derivante dai pericoli (stima della probabilità e gravità delle conseguenze e decisione sul livello di tollerabilità del rischio)
4. Pianificazione di azioni volte a eliminare o ridurre

re il rischio.

5. Riesame della valutazione

6. Documentazione della valutazione dei rischi

Per comprendere i rischi esistenti risulta importante il coinvolgimento nel processo dei lavoratori e dei loro rappresentanti, che devono anche essere informati sulle conclusioni della valutazione dei rischi e sulle misure precauzionali da attuare di conseguenza. Per la valutazione dei rischi è consigliabile analizzare i seguenti diversi aspetti delle situazioni e delle attività lavorative:

- Uso di attrezzature di lavoro, strumenti e macchine;
- Pratiche di lavoro e disposizione di ambienti;
- Uso dell'elettricità;
- Sostanze chimiche;
- Agenti fisici (ad esempio, radiazioni ionizzanti e non);
- Agenti biologici;
- Fattori ambientali (illuminazione, temperatura, umidità e ventilazione);
- Fattori umani (progettazione delle attrezzature e dell'ambiente di lavoro);
- Fattori psicologici che possono indurre stress, violenza;
- Misure di organizzazione del lavoro e di «gestione interna»;
- Lavoro ripetitivo, forzato o pesante, o posture scorrette che possono provocare disturbi muscoloscheletrici;
- Altri fattori (quali i pericoli connessi ad altre persone).

Nella valutazione dei rischi necessario prestare attenzione anche ai lavoratori che potrebbero essere particolarmente vulnerabili (lavoratori con disabilità, lavoratori giovani e meno giovani, lavoratori immigrati, lavoratori immuno-compromessi, lavoratori non addestrati o inesperti, lavoratori che assumono farmaci che ne possono aumentare la vulnerabilità, donne in stato interessante, donne in allattamento) nonché ad altre persone che lavorano presso la vostra sede: contraenti, visitatori, persone del pubblico. La valutazione dei rischi e le relative misure precauzionali (preventive e protettive) che ne derivano non devono essere viste come un intervento da effettuare una tantum. Fondamentale monitorare l'efficacia delle misure adottate, adeguare la pianificazione e individuare eventuali nuovi rischi man mano che le attività ed i luoghi di lavoro si modificano.

Le misure di prevenzione mirano a ridurre la probabilità che si verifichi un incidente sul lavoro o si ma-

nifesti una malattia professionale. Esse possono essere di due tipi:

1. Misure tecniche, progettate per agire direttamente sulla fonte del rischio al fine di eliminarlo, ridurlo o sostituirlo;
2. Misure organizzative, destinate a modificare i comportamenti e a promuovere una cultura della sicurezza positiva.

I fattori nocivi sono in gran parte legati alla natura dei processi, delle tecnologie, dei prodotti e delle attrezzature sul luogo di lavoro, ma possono anche dipendere dal modo in cui il lavoro è organizzato. Le misure di prevenzione devono essere integrate da misure di protezione e di attenuazione (piano d'emergenza; pianificazione dell'evacuazione; sistemi di allarme; test di procedure di emergenza, esercizi e addestramenti, impianto di estinzione incendi; ...). Le misure di protezione sono:

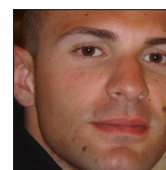
- Misure collettive, ideate per racchiudere o isolare il rischio, ad esempio attraverso l'uso di barriere fisiche, misure organizzative o amministrative volte a ridurre la durata dell'esposizione (rotazione delle mansioni, tempistica del lavoro, segnaletica di sicurezza).
- Misure individuali, qualsiasi Dispositivo di Protezione Individuale progettato per proteggere il lavoratore.

Qualsiasi misura preventiva rappresenta una sfida pratica per i lavoratori, che devono modificare il modo in cui lavorano, adattarsi a nuove attrezzature o a nuove procedure. È fondamentale che i lavoratori ricevano informazioni pertinenti sulla SSL specialmente in alcuni momenti e condizioni: al momento dell'assunzione; quando vengono trasferiti o cambiano mansioni; quando vengono introdotte nuove tecnologie o nuove attrezzature; quando cambiano i rischi del luogo di lavoro. La cultura della salute e della sicurezza è uno dei principali fattori decisivi quando si tratta di determinare l'efficacia di un sistema di sicurezza, poiché prende in considerazione i principi di salute e sicurezza come valori aziendali fondamentali che sono integrati nelle azioni e decisioni di ogni giorno. La supervisione proattiva quotidiana è importante quanto l'impegno visibile verso la priorità della sicurezza all'interno dell'azienda. La priorità che l'azienda e i suoi vertici attribuiscono alla salute e alla sicurezza sul luogo di lavoro e la misura in cui i responsabili utilizzano la loro autorità per promuovere la conformità alla politica e alle norme in materia indubbiamente motiva i lavoratori a seguire gli standard fissati dalla direzione.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. La salute e la sicurezza sul luogo di lavoro sono affare di tutti: Un orientamento pratico per i datori di lavoro; Commissione europea - Direzione generale per l'Occupazione, gli affari sociali e l'inclusione-Unità B.3.
2. <http://europa.eu>.
3. D. Lgs. 81/2008 "Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (G.U. n. 101 del 30 aprile 2008).
4. 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".
5. <https://www.safetyone.it/blog/124-il-preposto-importanti-novita-normative.html>;

LE FASI DELLA GESTIONE PER OBIETTIVI



Vincenzo
INGLESE



Michela
LACASELLA

La gestione per obiettivi (in inglese management by objectives - acronimo MBO) significa che ogni dirigente imposta la sua azione attraverso l'individuazione ed il perseguimento di obiettivi specifici e il più possibile quantificabili, concordati con i suoi superiori e da raggiungere entro un determinato periodo di tempo.

Il dirigente sa che sarà valutato dai suoi superiori in base al grado in cui ha raggiunto quegli obiettivi piuttosto che in base ad altri criteri più tradizionali (esempio, come lo spirito di gerarchia, la fedeltà all'azienda, ecc.). Nel 1954, Drucker definisce il Management by Objectives come il "processo mediante il quale in un determinato contesto organizzativo i manager di ciascun livello collaborano alla identificazione e definizione degli obiettivi e delle principali aree di responsabilità di ciascun individuo in termini di risultati desiderati, utilizzando queste misure come guida per la gestione aziendale e per la valutazione del contributo dei singoli membri".

Sempre Drucker afferma che "più chiara è l'idea che si ha di quello che si vuole realizzare, maggiori sono le probabilità di riuscire a realizzarlo. La gestione per obiettivi è un metodo di valutazione del personale che si basa sui risultati raggiunti a fronte di obiettivi prefissati. Solitamente, agli obiettivi sono legati dei premi che quasi sempre sono di natura economica. Gli obiettivi, generalmente, sono individuali ma, in diversi casi, possono essere anche di gruppo. Il periodo assegnato per il raggiungimento degli obiettivi, normalmente, è di un anno, all'interno del quale sono previsti uno o più momenti di verifica. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, è necessario individuare e analizzare le cause per porre rimedio ad eventuali ostacoli. La scuola delle relazioni umane aveva posto attenzione sull'importanza delle motivazioni nella gestione delle risorse umane per aumentare la produttività, ma non era stato considerato che effettivamente

ci sono persone che sono motivate da bisogni differenti da quello sociale. Uno dei primi a elaborare teorie sui comportamenti è stato Maslow che individua 5 tipi di bisogni umani: il bisogno fisiologico, di sicurezza, di socialità, di stima e di autorealizzazione. Questi bisogni hanno una forma piramidale: i bisogni fisiologici sono avvertiti da tutti gli uomini mentre mano a mano che si sale lungo la piramide il numero di persone che avvertono gli altri bisogni diminuisce in quanto non tutti sono motivati dalle stesse necessità. Una volta soddisfatto un determinato bisogno, l'uomo può utilizzare la propria energia nell'organizzazione per soddisfare i bisogni dei gradini più elevati. Questi bisogni sono sequenziali cioè non è possibile salire a un gradino più alto se prima non si è soddisfatto il bisogno precedente. I bisogni di gerarchia superiore non si sviluppano se non sono soddisfatti quelli di gerarchia inferiore. Quindi, il MBO è il processo nel quale gli alti dirigenti, i dirigenti di medio livello e i quadri intermedi di una organizzazione stabiliscono congiuntamente gli obiettivi comuni, definendo le loro singole responsabilità con riferimento ai risultati da raggiungere e applicando questi ultimi alla gestione delle singole unità e alla valutazione del contributo individuale dei loro componenti. Dagli obiettivi assegnati alla propria unità il responsabile fa discendere gli obiettivi specifici ed i programmi di azione individuali per i singoli collaboratori. Nel concordare gli obiettivi si devono tenere presenti alcuni vincoli ed in particolar modo:

- La coerenza degli obiettivi generali dell'unità operativa con le strategie aziendali;
- La reale disponibilità di risorse affidate all'unità operativa e assegnate ai collaboratori;
- La preparazione professionale richiesta per raggiungere adeguatamente gli obiettivi fissati;
- L'autonomia professionale necessaria per operare facilmente in relazione al livello di responsabilità di ogni collaboratore.

Per quanto attiene la realizzazione ed il controllo, una volta precisati e definiti gli obiettivi, il responsabile deve verificare periodicamente, con ogni collaboratore, gli andamenti e le eventuali criticità ed intervenire con eventuali e possibili azioni correttive. La verifica dei risultati deve essere attuata alla fine del periodo di riferimento considerato. Il responsabile deve eseguire, con ogni collaboratore, una verifica formale dei risultati raggiunti ed analizzerà i motivi delle eventuali problematiche che hanno influito negativamente rispetto agli obiettivi. Quindi, la gestione per obiettivi (MBO) facilita la realizzazione effettiva del decentramento di responsabilità e della delega di autorità con lo scopo di ottenere la massima partecipazione delle risorse umane al conseguimento dei risultati aziendali. Effettivamente, la metodologia MBO consente di definire, formalizzare, controllare gli obiettivi e i parametri di risultato per le Unità Operative ed i loro Responsabili nonchè consente, altresì, di effettuare la valutazione delle prestazioni individuali. La metodologia di gestione per obiettivi produce fin dalle prime fasi di intervento:

- Chiarezza e condivisione degli obiettivi aziendali e dei criteri di gestione e valutazione;
- Orientamento dei comportamenti individuali verso i risultati attesi;
- Controllo dell'andamento del rapporto tra obiettivi e risultati.

Questo approccio si fonda sull'informazione (ogni responsabile deve disporre dell'insieme dei dati relativi al suo settore), sulla formazione (ogni responsabile deve definire e spiegare ai propri collaboratori la strategia e gli obiettivi del suo settore), sull'organizzazione (ogni responsabile deve definire i ruoli ed i campi d'azione e perciò i limiti precisi di responsabilità ed autonomia dei propri collaboratori). Per l'azienda la finalità della gestione per obiettivi riguarda innanzitutto l'introduzione di un processo sistematico di definizione di obiettivi strategici, operativi e di piani di azione; la costituzione di uno stile omogeneo di gestione delle risorse umane ed un loro migliore utilizzo; le indicazioni per l'attività di formazione; le indicazioni per l'incentivazione economica. Per i responsabili la finalità della gestione per obiettivi consiste nel disporre di strumenti per la definizione ed il monitoraggio e controllo dei propri obiettivi di settore e dei piani d'azione; nello stabilire dei rapporti sistematici con i propri collaboratori; nell'avere una migliore percezione del clima aziendale; nell'esercitare con strumenti omogenei le funzioni di coordinamento, guida e sviluppo dei collaboratori; nell'effettuare un esame della propria situazione organizzativa (rapporto obiettivi/risorse); nel verificare il proprio stile di gestione.

Per i collaboratori la finalità della gestione per obiettivi comporta di verificare la quantità e la qualità

della propria prestazione professionale attraverso il confronto tra obiettivi e risultati; di soddisfare il proprio bisogno di riconoscimento attraverso la verifica formale dei risultati raggiunti; avere delle occasioni formali per discutere i programmi futuri di lavoro e di sviluppo personale.

Quindi, quanto più chiara è l'idea che l'individuo ha di quello che si vuole realizzare, tanto maggiori sono le probabilità di riuscire a realizzarlo.

Gli obiettivi devono essere:

- Specifici, cioè che non lasciano spazio ad ambiguità. Un obiettivo deve essere il più possibile dettagliato, e chiaramente espresso in un linguaggio condiviso al fine di evitare il rischio che gli individui concordino formalmente sull'obiettivo, avendone però un'idea diversa.
- Misurabili, cioè senza equivoci e verificabile in fase di controllo. La misurabilità di un obiettivo è determinata da parametri condivisi di valutazione. Se un obiettivo è misurabile si può stimare quanto sia distante il suo conseguimento e discuterne concretamente e concordemente, con dei riferimenti oggettivi. L'oggettività dei parametri, condivisi, di misurazione scongiura il rischio che la discussione sull'obiettivo si trasformi in una discussione o conflitto sulle persone.
- Raggiungibili, poiché un obiettivo non raggiungibile demotiva all'azione. L'obiettivo può essere difficile ma deve essere raggiungibile e realistico. Se l'obiettivo posto viene percepito come irraggiungibile, il grado di motivazione al perseguimento che ne deriverà sarà molto scarso.
- Rilevanti da un punto di vista organizzativo, cioè coerente con la mission aziendale.
- Ben definiti nel tempo. Solo un obiettivo con una tempistica è un vero obiettivo. La differenza principale tra un obiettivo ed un sogno è proprio la presenza di un tempo ben definito.

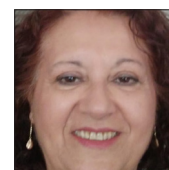
La gestione per obiettivi è uno strumento utile al decentramento di responsabilità e di autorità con lo scopo di ottenere la massima partecipazione delle risorse umane al conseguimento dei risultati aziendali. Si tratta di un processo complesso che parte dalla definizione degli obiettivi strategici aziendali per poi tradurli in obiettivi operativi di settore, per declinarli in piani di azione ed infine in obiettivi individuali. In riferimento agli obiettivi dell'organizzazione è necessario illustrare ai subordinati gli obiettivi del superiore diretto, attraverso la pianificazione e discussione. Il MBO consente di coinvolgere attivamente i dipendenti e di responsabilizzarli, aumentando la soddisfazione e l'impegno sul lavoro. Le interazioni tra responsabili e collaboratori aiuta a mantenere relazioni migliori all'interno dell'organizzazione e ad aumentare le sinergie per risolvere problemi e condividere proposte utili.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

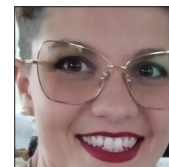
1. <http://www.pionero.it/2013/11/02/peter-drucker-la-direzione-per-obiettivi/>.
2. <http://www.a1life.it/2013/11/drucker-formazione-manageriale/>.
3. Scieur P., *Sociologia delle organizzazioni*, Armando editore, Roma, 2007.
4. *Management*, Harper&Row, New York, 1964 (tr. it. *Il potere dei dirigenti*, ETAS, Milano, 1967).

IL TUTOR PROFESSIONALE

Formazione e esperienza a servizio degli studenti del polo didattico CDL in Infermieristica dell'A.O.U. Policlinico di Bari



Carmela
MARSEGLIA



Annamaria
ALLEGRETTA

L'A.O.U. Policlinico di Bari è sede del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", per tutte le attività didattiche teoriche e di tirocinio professionalizzante.

Il tirocinio clinico permette la trasmissione di una cultura professionale legata ad una pratica in evoluzione attraverso un percorso definito per obiettivi che integrano, arricchiscono e verificano gli apprendimenti teorici, volto ad assicurare l'acquisizione delle competenze necessarie per l'esercizio delle attività professionali infermieristiche.

L'attività professionalizzante dello studente è, quindi, un momento fondamentale della formazione infermieristica.

Tale attività deve essere svolta sotto la responsabilità di un Tutor professionale che, avvalendosi della collaborazione degli assistenti di tirocinio, è il professionista che facilita l'apprendimento di competenze professionali in situazioni specifiche di Servizi, Unità operative, ecc., esplicitando i modelli teorici sottostanti all'agire professionale, favorendo le connessioni tra apprendimenti teorici e apprendimenti esperienziali.

Il Tutor professionale decide autonomamente come e con quali strumenti e metodi si debba coniugare l'apprendimento e il raggiungimento degli obiettivi formativi previsti per gli studenti in Infermieristica. Il compito del Tutor professionale è, dunque, quello di supportare lo studente nel suo percorso di tirocinio professionale, affinché, attraverso l'acquisizione delle abilità e delle attitudini necessarie al raggiungimento di una autonomia professionale, decisionale e operativa, possa prendersi cura del paziente, adeguando le proprie attività a seconda dei vari ruoli ed ambiti professionali.

In altre parole, il Tutor di tirocinio aiuta lo studente a comprendere il proprio ruolo all'interno del panorama sanitario.

Il Tutor di tirocinio, dipendente dalla struttura presso la quale si svolge la formazione clinica, appartiene al ruolo sanitario e ha lo stesso profilo professionale dello studente che affianca: pur continuando a svolgere l'attività che gli appartiene per ruolo, segue lo studente garantendogli un apprendimento professionalizzante.

Come e con quali strumenti e metodi è possibile coniugare l'apprendimento e il raggiungimento degli obiettivi formativi previsti per gli studenti in Infermieristica con le competenze e conoscenze dei colleghi/tutor.

Abbiamo ritenuto il percorso di formazione in Educazione Continua in Medicina come lo strumento più idoneo per questa esigenza formativa, utilizzando la metodologia BLENDEND (formazione sul campo e formazione residenziale interattiva).

L'evento ECM suddiviso in più edizioni è in fase di realizzazione con la partecipazione dei tutor e degli incaricati di funzione/organizzazione con la presenza di tutti gli studenti del primo anno e parte del secondo anno.

La cartella infermieristica è uno strumento organizzativo imprescindibile per ottimizzare e sistematizzare le informazioni riguardanti l'intero processo assistenziale, basato sull'applicazione sistematica del problem solving ai problemi di salute di competenza infermieristica.

È un importante elemento che facilita lo sviluppo del pensiero critico, oltre che consente di registrare l'intero processo di nursing.

All'interno degli obiettivi formativi di processo che individuano lo sviluppo delle competenze e delle

conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione è stato scelto “Documentazio-

per la formazione infermieristica.

Nell’ambito dell’attività di tirocinio professionale, con l’introduzione della cartella infermieristica didattica, viene offerta allo studente del Corso di Laurea, la possibilità di sperimentare il proprio sapere, saper fare e saper essere, con il costante supporto del proprio tutor professionale.

“Formazione sul campo (FSC): attività in cui l’apprendimento avviene attraverso l’interazione con un gruppo di pari e la partecipazione a iniziative mirate al miglioramento di un processo, di una situazione, di una procedura, etc. Solitamente prevedono la ricerca e organizzazione di documentazione, la lettura di testi scientifici e la discussione in gruppo, l’analisi di casi, la redazione, presentazione e discussione di elaborati, etc. In questo caso gli operatori sanitari vengono formati sul posto e l’addestramento è legato a circostanze reali. Per questo può essere svolto per esempio direttamente in sala operatoria, in ambulatorio o in reparto”

ne clinica.

Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura” divenendo il filo conduttore dell’evento: definire uno strumento di accertamento e pianificazione dell’assistenza infermieristica, in modo che possa essere successivamente introdotto nell’Università di Bari, sede Policlinico, come Cartella Infermieristica Didattica, a supporto della formazione degli studenti del corso di Laurea Triennale di Infermieristica, in ottemperanza a quelli che sono gli obiettivi formativi previsti dal regolamento didattico del medesimo corso di laurea. I tutor professionali durante le attività sul campo si attiveranno per facilitare l’utilizzo della documentazione (cartella infermieristica didattica) che conterà l’intero processo assistenziale prendendo a riferimento il caso clinico.

Lo studio del caso clinico è la metodologia di apprendimento scelta per gli studenti nell’ambito di questo progetto, perchè è in grado di sollecitare processi cognitivi e meta-cognitivi, di favorire l’applicazione delle conoscenze teoriche alla pratica clinica e di sperimentare competenze di tipo gestuale e relazionale.

Tutte queste competenze sono ritenute essenziali

Sono stati individuati, quindi, i seguenti obiettivi a medio termine:

- Acquisizione delle conoscenze e competenze sulla capacità di compilazione della cartella didattica;
- Miglioramento della preparazione degli studenti di infermieristica;
- Uniformità delle indicazioni e dei contenuti dell’agire professionale;
- Riconoscimento della qualifica per i professionisti che svolgono funzioni tutoriali nei Corsi di Laurea di Infermieristica.

Il progetto illustrato è indubbiamente un primo percorso che, dopo la fase di formazione/sperimentazione, ha un altro obiettivo da raggiungere: la validazione dello strumento e la consecutiva valutazione d’impatto.

La valutazione d’impatto valuta il “prodotto” della formazione realizzata, in termini di miglioramento delle competenze, dell’organizzazione e dei rapporti con l’utenza: si vuole realizzare, infatti, una formazione in grado di produrre un impatto positivo in termini professionali, organizzativi, relazionali ed economici, indirizzando le risorse a disposizione in tal senso.

BIBLIOGRAFIA

1. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 02/02/2017.
2. <https://www.uniba.it/it/scuole/medicina>.
3. Canzan F, et al. Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: revisione della letteratura. *Assist Inferm Ric* 2017; 36(1): 7-13.
4. Zavaglio A, Marmo G, Ballella G, Banchio B, Baruffaldi L, Bergui AM, Bologna D, et al. Il tutorato pedagogico infermieristico: una funzione da valorizzare. *Rivista L’Infermiere* 2018; 4.

12 MAGGIO '23



**ASSISTENZA E
GESTIONE
INFERMIERISTICA
DEL PAZIENTE
CARDIOLOGICO E
CARDIOCHIRURGICO**

evento E.C.M
8 crediti

L'obiettivo è quello di fornire agli infermieri le conoscenze e le competenze necessarie per gestire in modo efficace l'assistenza infermieristica al paziente cardiologico e cardiocirurgico illustrando l'intero percorso del paziente cardiologico, dall'attivazione del percorso HUB fino all'eventuale riabilitazione cardiologica.

01 dal riconoscimento alla dimissione del paziente

02 collaborazione tra medico ed infermiere



HOTEL PARCO DEI PRINCIPI - Via Vito Vasile, 3 - Bari