

L'INFERMIERE NELLA DOMICILIARITÀ DELLE CURE

EDITORIALE

La FIMMG ci riprova e attacca frontalmente il D.M. 77/2022

PRIMO PIANO

Caracciolo (Pd): con l'infermiere di famiglia diamo respiro agli ospedali

PROMOZIONE SALUTE

I Distretti Socio Sanitari e il PNRR. I cambiamenti previsti

SICUREZZA & BENESSERE

Le novità del T.U. Sicurezza



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane - Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari - Anno XXXI - N° 4/5/6/7 aprile/maggio/giugno/luglio 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 7 agosto 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

Francesco Balducci, Domenico Cimarusti, Maria Colapinto, Giuseppe Conti, Filippo De Falco, Domenico Denticco, Michele Fighera, Angela Fiume, Viviana Grieco, Vincenzo Inglese, Alessia Labate, Maria Concetta L'Abbate, Michela Lacasella, Raffaele Manzari, Chiara Perniola, Antonella Perrucci, Angela Sardella, Alessandro Vernice.

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 LA FIMMG CI RIPROVA E ATTACCA FRONTALMENTE IL D.M. 77/2022

Saverio **ANDREULA**

PRIMO PIANO

6 GLI OPI PUGLIESI TRACCIANO LE LINEE GUIDA PER L'INFERMIERE DI FAMIGLIA

Salvatore **PETRAROLO**

7 GALANTE (M5S): "L'INFERMIERE DI FAMIGLIA PER UNA SANITA' DEL TERRITORIO"

Salvatore **PETRAROLO**

9 CARACCIOLLO (PD): CON L'INFERMIERE DI FAMIGLIA DIAMO RESPIRO AGLI OSPEDALI

Salvatore **PETRAROLO**

11 GABELLONE (FDI): INFERMIERE DI FAMIGLIA, BELLA PROPOSTA MA LA REALTA' E' DIVERSA

Salvatore **PETRAROLO**

PROFESSIONE IN AZIONE

12 LA 'TIP NAVIGATION' E LA 'TIP LOCATION'

Domenico **DENTICO**, Raffaele **MANZARI**

15 L'INFERMIERE E L'INSEGNAMENTO COME SCELTA PROFESSIONALE

Francesco **BALDUCCI**, Angela **FIUME**

17 LA CARENZA DEI MEDICI DEL SEUS 118 DELLA PROVINCIA DI BARI E BAT

Giuseppe **CONTI**

19 PROGETTO PILOTA DI HANDOVER TRA OSPEDALE PEDIATRICO E TERRITORIO

Pasqualina **CARAMUSCIO**

23 PROJECT CYCLE MANAGEMENT

Maria **COLAPINTO**, Michela **LACASELLA**

PROMOZIONE SALUTE

26 I DISTRETTI SOCIO SANITARI E IL PNRR. I CAMBIAMENTI PREVISTI

Angela **SARDELLA**

29 LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Domenico **CIMARUSTI**, Filippo **DE FALCO**

31 DIPENDENZA DA SOCIAL MEDIA

Viviana **GRIECO**, Maria Concetta **L'ABBATE**

SICUREZZA E BENESSERE

33 LE NOVITÀ DEL T.U. SICUREZZA

Michele **FIGHERA**, Vincenzo **INGLESE**

35 SISTEMA AZIENDALE DI PREVENZIONE

Chiara **PERNIOLA**, Alessia **LABATE**

IN FORMAZIONE

37 GLI INTERVENTI CARDIOCHIRURGICI PIÙ FREQUENTI

Alessandro **VERNICE**

38 DE-ESCALATION VERBALE IN CASO DI VIOLENZA SU INFERMIERI E OPERATORI SANITARI

Antonella **PERRUCCI**

LA FIMMG CI RIPROVA E ATTACCA FRONTALMENTE IL D.M. 77/2022



Saverio
ANDREULA

Come prima e più di prima!

Secondo quanto riportato nell'articolo del 31 maggio 2023 su "Quotidiano sanità", dal Segretario Nazionale Scotti, la Presidente del Consiglio Meloni "bene fa a non considerare le Case della Comunità una soluzione", aggiungendo che, la FIMMG e il Ministro Schillaci con tutta la squadra del dicastero della Salute, stanno lavorando all'unisono "per definire progetti utili a soluzioni che soddisfino le esigenze dei pazienti e siano gratificanti e attrattive per i medici".

Ecco "attrattive" per i Medici! Diciamolo, altro che soddisfazione dei pazienti!

Non è più possibile assistere passivamente a questi approcci anti-storici!

Non è possibile leggere affermazione come "i problemi della Sanità italiana non si potranno mai risolvere costruendo - cattedrali nel deserto -".

Sempre secondo Scotti, "serve invece un lavoro certosino che realizzi un sistema di cura e di assistenza sempre più capillare e prossimo al cittadino" e ribadisce che "serve una riorganizzazione del territorio con investimenti sul personale, perché non sono certo le Case di Comunità la soluzione".

Il pensiero diventa ancora più preoccupante quando aggiunge che "si punta a superare sterili discussioni sui modelli attuativi del PNRR, che inevitabilmente generano disinteresse dei professionisti verso la medicina generale e un impoverimento della rete assistenziale". A conclusione del suo ragionamento, aggiunge la ciliegina sulla tor-

ta, quando Scotti sottolinea "quanto stia diventando proficuo il dialogo con il Presidente della Federazione Ordini Farmacisti Italiani, Andrea Mandelli, nell'individuazione di modelli che vedono nella collaborazione tra medici di famiglia e farmacie la realizzazione di un'assistenza sempre capillare e prossima al cittadino, modelli di assistenza disponibili in tutte le realtà, non solo nei - deserti - urbani dove sorgeranno le Case di Comunità".

Veniamo al dunque.

Come tutti ben sanno, l'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso al SSN. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società.

La Commissione Salute Europea, nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come: "l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita.

I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".

Il SSN persegue questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei Servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimi-

tà, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;

- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipes multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità; con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali.

Insomma, in questa fase storica, eventuali scelte errate, antitetiche alla "vision" del D.M. 77/2022, potrebbero portare l'Italia a non cogliere le opportunità che l'Europa ha messo a disposizione, attraverso il PNRR, al fine di far fronte alle molteplici criticità insistenti sul SSN del nostro Paese!

Va da sé che l'unico paradigma possibile è quello di riuscire a implementare e portare a termine tutto quello che è stato previsto dal D.M. 77/2022, che a mio avviso, altro non è che il futuro della sanità. Per meglio comprendere di cosa si sta parlando e per dimostrare di quanto il segretario della FIMMG si allontani, con le sue posizioni, dall'unica strada percorribile, riporto alcune brevi definizioni relative al D.M. 77/2022, alla CdC e alla COT:

- Il D.M. 77/2022 definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Componente "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR.
- La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisi-

co e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.

La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN. Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

- La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- Coordinamento della presa in carico della per-

sona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);

- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Per noi infermieri, la medicina del territorio rimane il luogo della estensività assistenziale e della valorizzazione delle reti di prossimità.

Il "territorio" deve poter contare su un modello organizzativo integrato in cui l'assistenza primaria è strettamente connessa con la prevenzione e la relativa promozione della salute, con i servizi.

Tutte le esperienze, più o meno recenti, hanno abbondantemente dimostrato che la presa in carico dei pazienti e la loro cura sia possibile solo in un sistema integrato di servizi e interventi.

L'istituzione delle Case di comunità, degli Ospedali di comunità, previsti dal PNRR, possono rappresentare un punto di svolta solo se accompagnate da una reale integrazione delle strutture e la

messa a punto di protocolli assistenziali che prevedano un percorso predefinito per le diverse patologie.

In questo sistema integrato, il medico di famiglia può giocare un ruolo decisivo solo se uscirà anch'esso da quella auto referenzialità del libero professionista che lavora tutto solo nel suo microcosmo, soffocato dalla burocrazia e totalmente isolato dal resto delle altre strutture di distretto e dal contesto.

Un percorso di riposizionamento che lo deve inserire pienamente nella rete dei servizi territoriali. Questo significa anche abbandonare la sterile prospettiva dei micro-team puntando invece sulla presenza strutturata dei MMG nelle case di comunità in cui possano operare a fianco in collaborazione con una serie di specialisti in grado di fornire consulenze e confronti, anche di tipo telematico, in tempi reali.

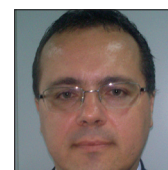
Se non si mettono in campo posizioni preconcepite, fortemente legate al mantenimento dello status quo, sicuramente si riuscirà a garantire anche quanto desiderato dagli stessi medici di famiglia, riportato in una recente nota della FIMMG nella quale l'organizzazione sindacale auspica che "la medicina generale rimanga per la politica il fondamento dell'assistenza sanitaria da preservare a ogni costo, soprattutto per le sue caratteristiche fondanti di assistenza, di prossimità e fiducia e che le azioni intraprese dal governo volgano alla tutela e all'evoluzione del ruolo del medico di famiglia senza stravolgerne le sue peculiarità. Ciò non significa che non bisogna apportare correttivi, innovare il sistema, potenziare la telemedicina. Ma va fatto non proponendo soluzioni che mal si coniugano con i bisogni della popolazione". Insomma, i medici provino, almeno per una volta a uscire dai loro "recinti" decisamente obsoleti e superati dal tempo e dai fatti.

Il futuro è uno e passa, solo ed esclusivamente, attraverso l'integrazione tra strutture, attraverso l'integrazione tra aree e soprattutto attraverso l'integrazione tra professionisti della salute e del sociale che, all'unisono, hanno un solo obiettivo: operare per e con i cittadini.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Quotidiano sanità, 31 gennaio 2023, Fimmg: "Case della Comunità fanno aumentare le distanze fra i cittadini e il medico di famiglia".
2. Quotidiano sanità, 31 gennaio 2023, Pnrr. Fimmg: "Bene Meloni. Case della Comunità non sono la soluzione".
3. D.M. 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

GLI OPI PUGLIESI TRACCIANO LE LINEE GUIDA PER L'INFERMIERE DI FAMIGLIA



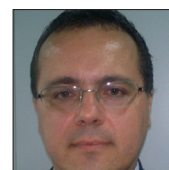
Salvatore
PETRAROLO

C'è un documento unitario degli OPI pugliesi che potrà essere utilizzato come faro nel percorso di approvazione del progetto di legge sull'infermiere di famiglia e comunità presentato dal consigliere regionale del Movimento Cinque Stelle, Marco Galante (è il primo firmatario insieme ai suoi colleghi di partito, Cristian Casilli, Rosa Barone e Grazia Di Bari).

E' stato elaborato nello scorso mese di gennaio, al termine dell'audizione in terza Commissione dei presidenti degli OPI. A quel documento si è fatto riferimento anche più recentemente (all'inizio di luglio) quando i presidenti degli Ordini infermieristici sono stati convocati per essere auditi in terza commissione. Appuntamento, quello del luglio scorso, che qualche perplessità ha sollevato nei presidenti OPI perché "contestualmente sono stati invitati anche i rappresentanti degli OMCEO Puglia, considerando la peculiarità del profilo professionale dell'infermiere nel ruolo di infermiere di famiglia e di comunità". Schermaglie che dovrebbero essere superate dal nuovo testo del progetto di legge, come spiegato a Filodiretto dal consigliere Marco Galante (in queste pagine è possibile leggere l'intervista integrale). Intanto nel dibattito in aula, alla ripresa delle attività del consiglio regionale dopo la pausa estiva, alcuni punti di riferimento su come dovrà essere formato l'infermiere di famiglia, quale dovrà essere il suo ambito d'azione e quali obiettivi si intendono raggiungere con l'istituzione di questa figura professionale, è possibile trovarli proprio nel documento stilato lo scorso mese di gennaio. Gli OPI pugliesi ritengono opportuno, ad esempio, che per le centrali operative territoriali (COT) venga attribuito l'incarico di responsabile ad un professionista infermiere mediante incarico dirigenziale. Tra i suggerimenti proposti vengono indicate anche alcune condizioni "per far diventare l'infermiere di famiglia e di comunità una figura centrale nel percorso di sviluppo

della nuova vision": una formazione a livello accademico in percorsi post laurea; un bacino di utenza definito che sia coerente con le condizioni geografiche e orografiche del territorio di riferimento; la condivisione dello stesso bacino di utenza con gli altri professionisti sanitari (i medici di medicina generale n.d.r.); la possibilità di agire in differenti ambiti di intervento a livello ambulatoriale, domiciliare, comunitario e nelle strutture residenziali e intermedie. Nel documento si evidenziano anche quali sono le competenze richieste per un infermiere di famiglia e di comunità: clinico-assistenziale, comunicativa-relazionale e organizzativa-gestionale. "Si ritiene quindi necessario – è scritto nel documento degli OPI pugliesi – individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza. Avere un'esperienza in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienza di percorsi clinico-assistenziali, di integrazione ospedali-territorio, di presa in carico di soggetti fragili. In una prima fase – propongono gli OPI – si ritiene possibile avviare iniziative di formazione professionale, sulla basi di indicazioni regionali, che permettano di formare in tempi brevi infermieri per questa nuova forma di attività assistenziale territoriale". Nel lungo documento, gli OPI pugliesi, tracciano anche il percorso di formazione che i futuri infermieri di famiglia e comunità dovranno affrontare: dieci incontri per 50 ore complessive di lezione al termine dei quali i corsisti saranno in grado, tra l'altro, di realizzare un'assistenza infermieristica centrata sui problemi di salute e le necessità della persona assistita, gestire il processo infermieristico in cooperazione con la persona, la famiglia, la comunità e il gruppo di lavoro, promuovere l'educazione terapeutica della famiglia, della persona e del caregiver, valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione realizzati nei diversi contesti e partecipare attivamente e fattivamente alle attività di ricerca.

GALANTE (M5S): “L’INFERMIERE DI FAMIGLIA PER UNA SANITA’ DEL TERRITORIO”



Salvatore
PETRAROLO

Marco Galante, consigliere regionale del Movimento Cinque Stelle e primo firmatario della proposta di legge sull’infermiere di famiglia, perché nasce questa proposta di legge?

Nasce innanzitutto per migliorare la qualità della vita delle persone. In tanti anni di evoluzione delle varie professioni sanitarie, l’infermiere è stata quella figura professionale, riconosciuta anche a livello internazionale, in grado di mettere insieme tutte le professioni sanitarie, mettere insieme in maniera prioritaria i vari bisogni delle persone, mettere insieme la gestione e il coordinamento di alcune realtà.

Anche per il suo profilo professionale all’interno degli ospedali, l’infermiere dopo il corso di laurea, durante il suo tirocinio, vede praticamente quasi tutti i reparti, conosce quasi tutti i bisogni delle persone, tutte le patologie avendo questa caratteristica che alla conclusione della sua formazione universitaria può lavorare ovunque.

Ben venga come sta avvenendo, una maggiore specializzazione, una maggiore competenza in determinate branche della medicina.

Qual è l’obiettivo di questa proposta di legge? A cosa deve portare?

Quando mi è stata fatta questa domanda a livello politico dal presidente Emiliano che mi ha chiesto perché dovremmo attuare questo progetto di legge, gli ho messo innanzitutto davanti un problema economico.

Quando gli ho parlato di risparmi dei costi dovuti alle ospedalizzazioni perché ci sono cronicità che non vengono gestite sul territorio o gli accessi ai pronto soccorso che purtroppo vanno a sofferire alla mancanza di quell’assistenza territoriale necessaria per una prima risposta, è stato il primo modo

per far identificare concretamente un obiettivo. Dal punto del benessere di una persona, l’obiettivo di questa proposta di legge è quello di migliorare la qualità della vita delle persone.

Cosa prevede questa proposta di legge?

Questa proposta parte dall’inizio della legislatura (nel 2020 n.d.r.). Ho messo insieme gli Ordini infermieristici della Puglia e durante la pandemia ci siamo trovati a discutere anche dell’utilizzo dell’infermiere di famiglia nelle Usca, quindi affiancare i medici per gestire la pandemia e in quell’occasione fu stanziato, con il Decreto Rilancio anche una cospicua somma per poter assumere gli infermieri sul territorio.

Poi sono intervenute una serie di norme: dal decreto legislativo trasformato in legge 77, poi c’è stato il D.M. 77 che ha rivisto tutta l’organizzazione territoriale, quindi questa proposta ha preso tempo perché inizialmente parlava dell’istituzione dell’infermiere di famiglia ma c’erano anche rischi di impugnativa da parte del Governo centrale perché entra in ballo non solo la salute ma anche la formazione e quindi non è solo competenza sanitaria ma anche universitaria.

Poi abbiamo anche trovato un po’ di ostruzionismo da parte delle altre professioni sanitarie: i medici, gli assistenti sanitari, gli psicologi perché si sentivano come messi da parte e anche loro non comprendevano perché la gestione sul territorio da parte dell’infermiere di famiglia e di comunità nell’ottica di un coordinamento dove tutte le professioni sanitarie sono necessarie.

Quindi ci sono voluti due anni per arrivare a produrre una proposta di legge per l’infermiere di famiglia dove si parla esclusivamente di formazione. Con il presidente Emiliano avevamo concordato

to, come accordo per entrare in maggioranza, che servisse un master universitario per formare l'infermiere di famiglia, ma gli Ordini infermieristici hanno suggerito di fare subito una formazione attraverso il loro supporto con gli infermieri già assunti nelle Asl e nei Distretti e che abbiano determinati requisiti. Ma questi saranno aspetti che definiremo nel dibattito che accompagnerà l'approvazione di questo progetto di legge.

La proposta di legge in Commissione Sanità ha già fatto il suo passaggio, ma quando arriverà in aula resterà sempre il testo originario o pensate che una serie di emendamenti lo possano modificare? E poi quanto tempo ritenete serva perché la legge possa diventare attuativa?

Io temo che arrivino emendamenti che vanno a snaturare la ratio principale della legge perché ci sono quelle resistenze di alcuni Ordini e di alcune professioni sanitarie (in primis i medici) che temono, nell'infermiere di famiglia e di comunità anche il rischio che drenino risorse da altre professioni.

Io ho parlato ai colleghi di maggioranza e ho fatto capire che il testo deve essere approvato così che domanda a questo progetto pilota dove gli Opi sono gli attori principali e utilizzeranno la collaborazione, i suggerimenti e le osservazioni dei medici e di tutte le altre professioni sanitarie.

Dall'approvazione della legge ci saranno 90 giorni di tempo per produrre il percorso formativo.

Quando pensate di calendarizzare in aula il dibattito sul progetto di legge?

Questo progetto di legge arriverà sicuramente nell'ordine del giorno di settembre. Tenterà una richiesta di anticipazione della proposta di legge, ma non ci sono tante leggi da discutere che di impediranno di andare fino alla fine dell'anno.

Qual è la copertura economica prevista?

Ci sono circa 100mila euro che servono per la formazione. Io chiedo almeno un infermiere di famiglia e di comunità per ogni Asl, seguendo anche le indicazioni del D.M. 77 che parla di 2.500 - 3.000 assistiti per ogni infermiere di famiglia e di comunità. Quindi, di base, ne prevediamo uno per ogni Distretto in questo progetto pilota che deve durare massimo un anno.

Al termine ci sarà la valutazione di quella comunità e di quelle persone che vengono prese in carico dall'infermiere di famiglia.

Quindi i 100mila euro servono per formare un infermiere di famiglia.

Esatto e la formazione dovrebbe farla l'OPI, ma questo lo specificheremo.

Al termine del percorso di formazione la Asl dovrà avere almeno un infermiere di famiglia e di comunità.



Ma le Asl possono assumere anche più infermieri di famiglia, dedicando parte del suo bilancio perché sono infermieri già assunti che partecipano alla formazione. Ci sarà anche un confronto con la parte sindacale per definire, sul piano contrattuale, come verrà identificato l'infermiere di famiglia e di comunità perché non essendo più l'infermiere che svolge prestazioni ma è più una figura di coordinamento e manageriale, bisognerà comprendere quali risorse la Regione può trasferire anche a livello contrattuale.

C'è chi potrebbe muovere un appunto a questo progetto di legge sostenendo che formiamo gli infermieri di famiglia che sono all'interno della Asl ma sappiamo che c'è carenza di personale infermieristico nelle strutture sanitarie. A chi potrebbe obiettare che prima andavano colmate quelle carenze cosa risponde?

Attualmente nelle strutture sanitarie pubbliche non c'è carenza di infermieri anzi in alcuni settori c'è anche un esubero perché durante la pandemia c'è stato lo sblocco totale del turn over.

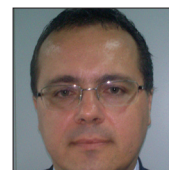
Quindi i sindacati della sanità quando alzano la voce e puntano il dito sulla carenza di personale infermieristico, esagerano?

Attualmente ci sono reparti ed ospedali dove non c'è carenza infermieristica. E' più la carenza medica. Diverso è quello che sta accadendo nelle strutture private accreditate (quelle socio sanitarie, di riabilitazione, di disabili) dove c'è stato l'esodo degli infermieri proprio grazie allo sblocco del turn over. Il problema è essenzialmente territoriale e non negli ospedali.

Dopo l'anno di sperimentazione, l'infermiere di famiglia diventerà definitivo?

La scommessa è quella di dimostrare a tutti che si può intervenire nei bilanci della sanità e si possono utilizzare i risparmi per altri servizi come la figura dell'infermiere di famiglia.

CARACCIOLO (PD): CON L'INFERMIERE DI FAMIGLIA DIAMO RESPIRO AGLI OSPEDALI



Salvatore
PETRAROLO

“Quella dell’infermiere di famiglia e comunità è una figura fondamentale per una sanità sempre più vicina ai bisogni dei cittadini”.

A parlare è il presidente del gruppo Pd in Regione Puglia, Filippo Caracciolo. Che annuncia l'appoggio, con convinzione, della proposta di legge presentata dal consigliere del Movimento 5 Stelle, Marco Galante.

Presidente Caracciolo, quella dell'infermiere di famiglia è una figura professionale che si aspettava da tempo. La figura dell'infermiere, dopo le vicende del covid, è diventata sempre più centrale rispetto alle esigenze dei servizi sanitari per chi si reca negli ospedali o nelle strutture pubbliche. L'introduzione dell'infermiere di famiglia dà maggiore valore a questo servizio e concentra sulla figura dell'infermiere anche altre importanti attività di servizio come quelle verso la famiglia.

Quale percorso farà questa proposta di legge?

Dopo l'approvazione in Commissione, penso che non riusciremo a portarlo in aula prima della pausa feriale. Credo che alla ripresa delle attività, a settembre, possa approdare in aula. Riteniamo che l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia possa produrre importanti novità. Con l'entrata in attività dell'infermiere di famiglia si concentrano su questa figura professionale tutta una serie di attività che verrebbero meno negli ospedali (accessi inappropriati al pronto soccorso, degenze ospedaliere, riammissioni) garantendo ai malati cronici un'assistenza in famiglia continua e specializzata. Alcune cure potrebbero farsi a casa e non in ospedale, alleviando questi ultimi da una serie di inappropriatezze.

C'è la copertura economica per questo progetto di legge?

La copertura economica c'è. Abbiamo individuato fondi che possano finanziare questa figura e renderci protagonisti come regione Puglia di un processo virtuoso all'interno del sistema sanitario.

C'è però una sanità pugliese in affanno non soltanto per le liste d'attesa, ma anche per i reparti chiusi, i medici trasferiti, i conti in rosso.

Che ci sia una sanità in affanno è sotto gli occhi di tutti. La legge sull'infermiere di famiglia prevede un progetto pilota che, ovviamente, dovrà essere seguito per verificarne la validità e i risultati. Tutte le Asl saranno interessate da questo progetto pilota che, capiremo durante la discussione in aula, se durerà sei mesi o un anno per permettere alle Asl di accompagnare questo processo evolutivo. Questo non nasconde il fatto che siamo in affanno per carenza di medici, in particolar modo. Stiamo affrontando una stagione estiva che fa della Puglia una meta ambita e frequentata. Ci sono tutta una serie di componenti che arricchiscono un certo quadro (la Puglia è la regione dei matrimoni, seconda in Italia per l'attribuzione delle Bandiere Blu con mete ricercate come il Salento e la Valle d'Itria, senza dimenticare il Gargano) ma appesantiscono dal punto di vista dei servizi e da quello sanitario. Siamo in affanno perché le richieste dei servizi aumentano viste le maggiori presenze di turisti e vacanzieri ma, dall'altra parte, mancano i medici, facciamo fatica a rispettare i parametri del 118, abbiamo carenza nei pronto soccorso (in alcuni casi mancano gli anestesisti), chiudiamo i reparti per fare spazio ad una rete ospedaliera nuova. Poi non dimentichiamo che prima il covid e poi la guerra hanno devastato il mercato e la lievitazione dei costi si fa sentire anche sulla realizzazione dei nuovi ospedali i cui lavori subi-

scono notevoli ritardi. Noi, come Regione, lo scorso anno abbiamo postato in bilancio somme importanti per la sanità: 30 miliardi di euro per l'abbattimento delle liste d'attesa e borse di studio per gli specializzandi. Poi c'è una importante novità per evitare il continuo spostamento di medici: molte Asl, nei loro contratti, stanno prevedendo i che i medici assunti prestino servizio per almeno cinque anni in quella Asl.

Ma le Asl sono state costrette, dalla Regione, a bloccare le assunzioni.

Il confronto con il Ministero della Salute ha visto la Puglia sfiorare soprattutto nei conti sulla spesa farmaceutica che è il vero tallone d'Achille insieme alle liste d'attesa. Per evitare il commissariamento, il Dipartimento Salute e l'assessorato alla Sanità sono stati costretti ad intervenire in maniera drastica non solo bloccando tutta una serie di attività (anche i servizi di sanificazione delle sale operatorie, ad esempio) ma anche le assunzioni di medici e di altro personale sanitario.

Secondo lei, con il dibattito in aula sulla proposta di legge, ci saranno quelli che potremmo definire "assalti alla diligenza" per favorire qualche territorio rispetto ad altri?

Assolutamente no. Non c'è una Asl che partirà prima rispetto ad altre, anzi bisogna uniformare per non commettere un errore che spesso si compie nella gestione della sanità: che quello che si fa a

Foggia non si fa a Lecce o viceversa. Non abbiamo un sistema sanitario capace di unificare questa visione. Penso che il progetto pilota che riguardi l'infermiere di famiglia parte per tutta la comunità pugliese quindi nessuno si potrà sentire escluso e non ci saranno fughe in avanti. Mi consente però di aggiungere una cosa?

Certo

C'è un aspetto che volevo sottolineare tornando alla questione della carenza di medici. Ci sono carenze in sanità, abbiamo difficoltà a tenere le sale operatorie aperte. I medici e gli infermieri fanno salti mortali per garantire un servizio equilibrato e garantisca di salvare le vite umane. Però abbiamo l'Università a numeri chiuso. Penso che sia arrivato il momento di dire basta a certi predomini delle baronie nella sanità.

Perché la proposta di legge è stata presentata da un esponente del Movimento Cinque Stelle e non dal Pd che è il partito di maggioranza?

Questa è una iniziativa che il Movimento Cinque Stelle aveva assunto sino dall'inizio della legislatura. E' uno di quegli argomenti che avevano impostato quando c'è stato l'accordo di programma con il presidente Emiliano. La proposta di legge l'abbiamo accolta e condivisa tutti. Il merito dell'iniziativa è ascrivibile al Movimento Cinque Stelle ma il merito di portarla avanti è di tutta la maggioranza.

INFEMIERE DI FAMIGLIA: PROPOSTA DI LEGGE COMPOSTA DA QUATTRO ARTICOLI

La proposta di legge "Percorsi formativi e progetto pilota su Infermiere di Famiglia e di Comunità" sostituisce la precedente, e la aggiorna per gli aspetti tecnici formativi, alla luce di quanto disposto dall'articolo 1, comma 5, del Decreto-Legge 34/2020, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, e in linea con le previsioni di cui al Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 avente ad oggetto: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", che al paragrafo 6 dell'Allegato al citato decreto ministeriale istituisce la figura dell'Infermiere di Famiglia o comunità.

Nell'articolo 1 sono riportate le finalità della legge, in linea con le previsioni di legge nazionali e nel riconoscimento del pieno principio di sussidiarietà, e tra questi, in primis, il potenziamento e il miglioramento della continuità assistenziale domiciliare a livello territoriale nonché la promozione e gestione in modo integrato delle condizioni di cronicità, fragilità e non autosufficienza, in collaborazione con i medici di medicina generale e gli altri professionisti.

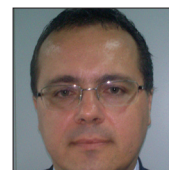
Nell'articolo 2 e nell'ambito delle competenze della Regione, al fine di indirizzare il percorso per inserire le attività di infermieristica di Famiglia o di Comunità, si prevede l'approvazione di Linee Guida con l'individuazione anche dei percorsi formativi per adeguare la didattica alle nuove esigenze assistenziali determinate dal nuovo assetto organizzativo dell'assistenza territoriale, di cui al D.M. 77/2022 nonché dalle progettualità PNRR. Si prevede, altresì, l'avvio di uno specifico progetto pilota di sperimentazione.

L'articolo 3 è la clausola valutativa in merito al controllo sullo stato di attuazione della legge e sui risultati ottenuti.

L'articolo 4 attiene alla norma finanziaria.

Il documento, si legge nella relazione illustrativa, è aperto e rappresenta la base della discussione nella quale tutti i soggetti-chiave del sistema regionale e del settore, devono sentirsi coinvolti e poter partecipare con proposte. A tal fine si segnala la necessaria richiesta di audizione delle parti sociali nella competente commissione consiliare, successivamente alla seduta nella quale la proposta di legge sarà incardinata.

GABELLONE (FDI): INFERMIERE DI FAMIGLIA, BELLA PROPOSTA MA LA REALTA' E' DIVERSA



Salvatore
PETRAROLO

Le intenzioni sono buone ma servirà che alle parole seguano i fatti. Si può sintetizzare così il pensiero del consigliere regionale di Fratelli d'Italia, Antonio Gabellone, sulla proposta di legge presentata dal pentastellato Marco Galante, con il quale si prevede l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia.

Progetto di legge che, quasi certamente andrà in aula alla ripresa dei lavori il prossimo settembre e che prevede un progetto pilota per un anno. Iniziativa lodevole ribadisce Gabellone in una nota stampa: "Come si potrebbe essere contrari a una legge regionale che istituisce un infermiere di famiglia e di comunità che accanto al medico di base assiste a casa il paziente che ha bisogno di assistenza più continua? Non si può perché è esattamente quella medicina che non è solo ospedaliera, ma territoriale e che se funzionasse bene sarebbe in grado anche di risolvere il problema di intasamenti del pronto soccorso". Proposta di legge molto valida dal punto di vista normativo, aggiunge l'esponente di Fratelli d'Italia, anche perché va in attuazione a quanto disposto dal D.M. 77 del 2022. Ma, aggiunge Gabellone, bisogna guardare in faccia alla realtà della sanità pugliese (alle prese con diverse criticità n.d.r.): "Voglio essere concreto e realista, perché se sono anni che denunciavamo la carenza di infermieri negli ospedali e in tutte le strutture sanitarie, senza contare le RSA, come



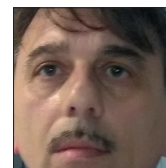
possiamo garantire altri infermieri in più all'assistenza domiciliare?". Per questo il consigliere regionale di Fratelli d'Italia ha voluto audire gli Ordini dei Medici e degli Infermieri (anche se, va detto, la proposta di legge riguarda solo l'infermiere di famiglia). L'obiettivo di Gabellone è stato quello di conoscere il punto di vista di chi tocca con mano le emergenze di organico della sanità in Puglia.

"Dalle parole del vicepresidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Bari, Franco Lavallo, e del presidente dell'Ordine delle Professioni infermieristiche di Bari, Saverio Andreola – racconta Gabellone – è apparsa la necessità di far partire il progetto pilota, ma bene e per farlo è necessario seguire le linee guida tracciate dal DM 77/2022 che porti ad un progetto ben definito e condiviso con il ruolo dell'infermiere di famiglia rispetto al contesto sanitario di riferimento. Il tutto all'interno di un riequilibrio complessivo del Sistema Sanitario Regionale del personale medico ed infermieristico". A giudizio dell'esponente di Fratelli d'Italia, prendere coscienza della reale situazione della sanità, raccontata da chi la vive in prima linea raccogliendo quotidianamente il grido d'allarme dei professionisti impegnati nelle strutture pubbliche, permette di compiere un bagno di realismo. "Passaggio necessario" – conclude Gabellone – per andare avanti con il progetto di legge.

Ottimo negli intenti, ma costretto probabilmente a scontrarsi con la realtà una volta che avrà superato l'esame dell'aula.

LA 'TIP NAVIGATION' E LA 'TIP LOCATION'

La 'tip navigation' e la 'tip location' e il posizionamento corretto del catetere venoso centrale (CVC)



Domenico
DENTICO



Raffaele
MANZARI

Il catetere venoso centrale (CVC) si considera correttamente impiantato quando la sua estremità è posta alla giunzione cavo-atriale o comunque nella zona compresa tra il terzo inferiore della vena cava superiore e la prima porzione dell'atrio destro, come raccomandano importanti società scientifiche (ESPEN, RCN, AVA).

Un posizionamento ottimale dell'estremità riduce notevolmente il rischio di gravi complicanze come aritmie, malfunzionamento del catetere, formazione di fibrin sleeve (guaina fibroblastica pericateretere) e trombosi venosa catetere-correlata.

La metodica che permette di seguire il tragitto intravascolare di un catetere centrale, minimizzando l'incidenza di malposizionamenti, è chiamata 'tip navigation' (navigazione della punta), mentre la tecnica che consente di verificare l'esatta posizione della estremità è definita 'tip location' (localizzazione della punta).

Tip navigation

Il dispositivo vascolare può incontrare diversi ostacoli nella progressione durante il suo tragitto venoso come inginocchiamenti, stenosi venosa o può prendere direzioni sbagliate, come nel caso di un PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) inserito dal braccio e diretto verso la giugulare interna omolaterale o l'anonima controlaterale.

Un punto di notevole difficoltà per l'avanzamento del catetere è rappresentato dall'angolo particolarmente acuto tra l'asse della succlavia e l'asse dell'anonima a livello della 'confluenza venosa di Pirogoff', che rappresenta un importante crocevia tra vena succlavia, vena giugulare e vena anonima.

Questo angolo è tipicamente accentuato dal lato destro mentre a sinistra la succlavia e l'anonima sono quasi coassiali.

Anche la zona di confluenza delle due vene anonime verso la vena cava superiore potrebbe rappresentare un discreto ostacolo.

In alcuni casi il catetere può prendere la via della vena mammaria interna o la vena azygos tributarie della vena cava superiore.

Si può seguire la progressione del catetere nel sistema venoso dal punto di ingresso fino alla giunzione cavo-atriale facendo ricorso ad un vantaggioso e utile metodo di controllo di navigazione della punta noto come 'tip navigation'.

Alcune raccomandazioni generali possono essere di aiuto per ridurre le difficoltà nell'introduzione del catetere, che, immediatamente a seguire, riportiamo:

- L'uso di cateteri troppo morbidi, come quelli in silicone, potrebbe generare difficoltà nella progressione o favorire una progressione non desiderata come ad esempio nella giugulare omolaterale, mentre utilizzando cateteri sufficientemente rigidi, come i cateteri in poliuretano e in particolare quelli di 3^a generazione (PICC power injectable) si ridurrebbe questo rischio.
- Si consiglia un lento inserimento del catetere per favorire il suo avanzamento nel lume venoso.
- Il passaggio del dispositivo vascolare dalla succlavia dx all'anonima dx può essere facilitato inclinando il capo del paziente verso l'operatore, abbassando l'orecchio dx in direzione della spalla dx e il mento in direzione della clavicola oppure, quando possibile, cercare di comprimere la vena giugulare interna attraverso la pressione con la stessa sonda ecografica, per determinare il suo collasso parziale o completo e rendendo, così, meno probabile il passaggio del catetere.

- Per superare il punto di maggior difficoltà (confluenza succlavia-anonima) si può anche utilizzare il sistema più semplice ed economico di ‘tip navigation’ con cui valutare la progressione del catetere, sotto controllo ecografico, posizionando la sonda lineare al di sopra della clavicola per visualizzare il crocevia tra giugulare interna, succlavia e anonima ed escludere l’eventuale malposizionamento del catetere in vena giugulare interna ma aspettandosi di visualizzarlo nel primo tratto della vena anonima.
Se il catetere si dovesse impuntare si potrà tentare di farlo progredire ruotandolo in modo da facilitare il passaggio verso l’anonima.
Normalmente una sonda lineare standard consente la visualizzazione del primo tratto della vena anonima ma difficilmente la confluenza, a meno che non venga utilizzata l’evoluta sonda ecografica microconvex posta nella fossa sopraclavare dx.
- L’utilizzo della fluoroscopia può rappresentare un’altra possibilità, che però è sconsigliata nel-
- Metodi non visuali basati su Doppler (Vasonova), rilevazioni pressorie (Catfinder) e ECG intracavitario (Delta).
Attualmente la metodica maggiormente utilizzata, perché ritenuta più affidabile e accurata, utile sia per la ‘tip navigation’ che per la ‘tip location’ è la tecnica dell’ECG intracavitario (Nautilus Delta).

Tip location

Tra i metodi di localizzazione della punta annoveriamo metodi intra-procedurali (ECG intracavitario, fluoroscopia, ecocardiografia transtoracica-TTE e transesofagea-TEE) e metodi post-procedurali (Rx-torace, Ecocardiografia transtoracica-TTE, TC, RM, angiografia).

La radiografia del torace è un metodo poco accurato considerando la scarsità di criteri oggettivi radiologici di identificazione della giunzione cavo-atriale, che dovrebbe mediamente trovarsi a circa 3 cm sotto la proiezione antero-posteriore della carena, 1 cm nel neonato e lattante e 2 cm nei bambini fino a 11 anni.

L’ecografia transtoracica potrebbe rappresentare

“La metodica che permette di seguire il tragitto intravascolare di un catetere centrale, minimizzando l’incidenza di malposizionamenti, è chiamata ‘tip navigation’ (navigazione della punta), mentre la tecnica che consente di verificare l’esatta posizione della estremità è definita ‘tip location’ (localizzazione della punta)”

la routine clinica, considerando che tale metodica è tutt’altro che innocua a causa dell’esposizione ai raggi X sia del paziente che dell’operatore e poi è una metodica molto costosa, non sempre realizzabile nella maggior parte delle realtà cliniche.

Accanto a queste raccomandazioni, inoltre, sono a disposizione sistemi di ‘tip navigation’ che possono aiutare ad evitare o correggere errori di direccionamento del catetere vascolare.

Le metodiche di ‘tip navigation’ possono essere distinte in:

- Metodi visuali diretti, che permettono una identificazione diretta del tragitto del catetere (ecografia, fluoroscopia, dispositivi esterni che identificano impulsi elettromagnetici emessi da un mandrino con punta elettromagnetica introdotta in vena come il Navigator).
- Metodi visuali indiretti che proiettano il tragitto su uno schermo come lo Sherlock, che è un dispositivo analogo al Navigator ma con la differenza che la punta non viene rilevata direttamente sul paziente ma proiettata sullo schermo.

una possibile opzione, ma questa tecnica comporta difficoltà in alcuni tipi di pazienti, come in pazienti obesi o richiedere un training non trascurabile nel campo dell’ecografia neonatale o pediatrica.

L’ECG intracavitario (IC-ECG), invece, è la tecnica più semplice e con miglior costo-efficacia rispetto alle altre.

Questo metodo si basa sulla definizione che la 2^a derivazione, tra elettrodo rosso sulla spalla dx e elettrodo verde al fianco sx, è quasi coassiale rispetto all’asse di depolarizzazione dell’atrio. La derivazione tradizionale, quella di superficie, consente di visualizzare bene l’onda P, che corrisponde alla depolarizzazione atriale.

Se rimuovessimo l’elettrodo rosso dalla spalla dx collegandolo al catetere venoso otterremmo una derivazione intracavitaria, questa volta, tra la punta del catetere e l’elettrodo di superficie posto al fianco sx. L’elettrodo rosso si può raccordare al sistema sia con una clip collegata al mandrino del catetere sia attraverso un cavo-trasduttore sterile.

Sistemi di ‘tip location’ sono il Nautilus, Nautilus Delta, C3 Wave, Site-Rite 8 di Bard.

Durante la progressione intratoracica del catetere si osserveranno variazioni morfologiche dell'ECG intracavitario in 2^a derivazione.

In cava superiore l'onda P ha le caratteristiche riscontrate nell'ECG di superficie, ma aumenta di ampiezza fino ad un massimo (l'ampiezza dell'onda P può arrivare all'ampiezza del QRS) in corrispondenza della giunzione cavo-atriale, ma subito dopo inizia a presentare componenti negative e diminuire di ampiezza, diventando bifasica (negativa-positiva), quando la punta del catetere si trova nell'atrio dx e diventa completamente negativa nel ventricolo dx.

Una ampiezza massima dell'onda P, quindi, corrisponderebbe alla giunzione cavo-atriale, e l'estremità del catetere, in questo caso, potrà essere considerata correttamente posizionata.

Studi multicentrici importanti, come quelli eseguiti da GAVeCeLT, hanno confermato la grande fattibilità (98-100%) e la massima accuratezza (95-100%) di questo metodo sia negli adulti che in ambito pediatrico senza dover fare ricorso alle radiazioni.

L'unico limite è rappresentato dal fatto che il metodo non è applicabile in pazienti con fibrillazione atri-



radiografia, TTE, fluoroscopia).

Recenti studi hanno confermato che è possibile identificare la giunzione cavo-atriale anche in pazienti fibrillanti attraverso la valutazione delle onde F che rappresentano la contrazione asincrona del-

“Le tecniche di ‘tip location’ permettono di individuare la corretta posizione della punta del VAD se esso è stato fatto procedere nella giusta direzione. Le tecniche di ‘tip navigation’ permettono di indirizzare correttamente la progressione del catetere la cui corretta posizione della punta sarà verificata con una tecnica di ‘tip location’ integrata”

le perché sul tracciato l'onda P non è visualizzabile. In questo caso l'opzione, per la valutazione di un corretto posizionamento, è rappresentata dai sistemi tradizionali (stima della lunghezza + controllo della direzione con ecografia + verifica finale con

le cellule atriali. La valutazione dell'andamento delle onde F, individuabili grazie a sistemi moderni e monitor dedicati, è paragonabile alla valutazione dell'andamento dell'onda P in pazienti con ritmo sinusale.

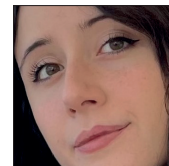
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Linee guida INS - Infusion Therapy Standards of Practice, 2021.
2. The intracavitary ECG method for positioning the tip of central venous catheters: results of an Italian multicenter study', Pittiruti et al., J Vasc. Access, 2011.
3. A modified intracavitary electrocardiographic method for detecting the location of the tip of central venous catheters in atrial fibrillation patients', Maria Calabrese, Mauro Pittiruti, et al., J. Vasc. Access, 2018.
4. Manuale pratico dell'accesso venoso' Mauro Pittiruti, Giuseppe Capozzoli; Antonio Delfino Editore, 2016.
5. [https://campusvygon.com/it/limportanza-dellecografia-negli-accessi-vascolari-neonatali-tip-navigation-e-tip-location/#:~:text=L'impianto%20di%20tip%20presidi,posizione%20della%20punta%20\(Tip%20location\).](https://campusvygon.com/it/limportanza-dellecografia-negli-accessi-vascolari-neonatali-tip-navigation-e-tip-location/#:~:text=L'impianto%20di%20tip%20presidi,posizione%20della%20punta%20(Tip%20location).)

L'INFERMIERE E L'INSEGNAMENTO COME SCELTA PROFESSIONALE



Francesco
BALDUCCI



Angela
FIUME

Una recente indagine campionaria condotta da SWG su un campione di 800 cittadini, rappresentativi della popolazione italiana maggiorenne secondo i parametri genere, classe d'età, area geografica, titolo di studio, fa emergere una considerazione molto positiva nei confronti degli infermieri incentivata anche dal loro ruolo chiave durante la pandemia, ed è particolarmente apprezzato il valore sociale e umanitario della professione piuttosto che la reperibilità e la stabilità del posto di lavoro. Tra gli aspetti considerati più negativi, invece, troviamo la percezione di turni di lavoro difficili da sostenere, con un impegno fisico e mentale molto elevato e l'esposizione a malattie e virus. Inoltre, i giovani percepiscono maggiormente il peso del lungo percorso di studi e la scarsa autonomia decisionale. La figura dell'infermiere, spesso percepita come vincolata e circoscritta al mondo ospedaliero e alla realtà della corsia, ora ha la possibilità di ampliare gli orizzonti occupazionali anche al mondo della scuola sia come "infermiere scolastico" sia come docente titolare di cattedra. L'infermieristica scolastica fa riferimento a una pratica specializzata, fondata su etica ed evidenza, che protegge e promuove la salute degli studenti, facilita lo sviluppo ottimale e fa avanzare il successo accademico. L'infermiere scolastico diviene così il garante dell'assistenza che consente agli studenti e alle comunità di portare allo sviluppo del loro pieno potenziale. Non di poco conto è il valore aggiunto che questa figura potrebbe portare al nostro sistema, sia da un punto di vista sanitario rientrando in un progetto più ampio quale il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, emanato dal Ministero della Salute, che si focalizza sulla promozione di giusti stili di vita e che si propone di rafforzare la collaborazione con la scuola (vista come setting centrale su cui agire, proposto già dall'Accordo Stato-Regioni del 17 febbraio 2019 "Indirizzi di policy

integrate per la scuola che promuove la Salute"); sia da un punto di vista sociale, contribuendo al contenimento dei costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Tutto ciò apre a nuovi scenari nel raccordo tra ospedale, servizi sanitari e il mondo della scuola, valorizzando il ruolo dell'infermiere di comunità e di quello scolastico. Mentre gli altri paesi hanno già da tempo adottato e integrato questa figura, l'infermiere scolastico è per l'Italia ancora sconosciuto e dai contorni incerti, nonostante abbia un ruolo essenziale all'interno della Medicina Scolastica sin dalla sua istituzione negli anni 60 del secolo passato (Decreto del Presidente della Repubblica n. 264 dell'11 febbraio 1961 e Decreto del Presidente della Repubblica del 22 dicembre 1967 n. 1518), prevedendo un servizio di medicina scolastica in capo ad un medico, affiancato dal "personale ausiliario, costituito da assistenti sanitarie visitatrici, infermieri professionali, vigilatrici di infanzia". La medicina scolastica viene successivamente ripresa e confermata dalla legge del 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che a tal proposito affida la competenza alle unità sanitarie locali. Durante la pandemia da COVID-19 nel nostro paese si è ripreso a parlare della figura dell'infermiere scolastico, tanto che sia l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) che l'Istituto Superiore di Sanità consentivano la riapertura delle scuole purché fossero dotate tra gli organici di un infermiere scolastico. Vista la sempre più crescente necessità di inglobare la figura dell'infermiere all'interno delle scuole, l'Italia si è affacciata alla realtà dei progetti pilota che, attraverso le ASL, potessero fornire l'esperienza dell'infermieristica scolastica (esempi possono essere quelli instaurati a Ravenna, San Martino Siccomario o anche Brindisi), dimostrando come la presenza di un infermiere all'interno delle scuole potesse garantire il miglioramento del rendimento degli studenti e del loro stile di vita. L'insegnamento da parte di un infermiere è noto so-

prattutto per quanto riguarda il mondo universitario, dove è possibile insegnare nei corsi di laurea delle professioni sanitarie nell'ambito del settore scientifico disciplinare MED/45. Con il Decreto Ministeriale n. 259 del 2017, però, si è fatto un passo in avanti, consentendo l'ingresso dell'infermiere nella realtà scolastica con un nuovo tipo di insegnamento.

Nel 2017, il Consiglio dei ministri giunge all'approvazione di un nuovo regolamento in materia dei titoli di accesso alle "classi di concorso", che identificano tutti gli insegnamenti impartiti dai docenti nella scuola di Primo e Secondo Grado. Una di queste classi è l'insegnamento delle discipline sanitarie negli istituti scolastici (Codice A-15), che può essere svolto anche da infermieri. I titoli di accesso alla classe di concorso A-15 sono i seguenti:

LM 6 - Biologia

LM 13 - Farmacia e farmacia industriale

LM 41 - Medicina e chirurgia

LM 61 - Scienze della nutrizione

Per i seguenti altri titoli è richiesto il possesso di ulteriori CFU come di seguito specificato:

LM 9 - Biotecnologie mediche

LM 46 - Odontoiatria e protesi dentaria

LM/SNT1 - Scienze infermieristiche ed ostetriche

LM/SNT2 - Scienze riabilitative delle professioni sanitarie

LM/SNT3 - Scienze delle professioni sanitarie tecniche diagnostiche

LM/SNT4 - Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione

L'insegnamento da parte degli infermieri in tale classe di concorso è attualmente previsto in diversi istituti, quali:

- l'Istituto Tecnico, settore Tecnologico, Indirizzo Chimica, Materiali e Biotecnologie, articolazione Biotecnologie Sanitarie (con l'insegnamento di Igiene, Anatomia, Fisiologia, Patologia – secondo biennio e quinto anno);
- l'Istituto Professionale, settore Servizi, Indirizzo Servizi Sociosanitari (con l'insegnamento di igiene e cultura medico sanitaria – secondo biennio e quinto anno);
- l'Istituto Professionale, settore Servizi, Indirizzo

zo Servizi Sociosanitari, articolazione "Arti Ausiliarie delle Professioni Sanitarie, Ottico" (con l'insegnamento delle discipline sanitarie, quali anatomia, fisiopatologia oculare e igiene);

- l'Istituto Professionale, settore Servizi, Indirizzo Servizi Sociosanitari, articolazione "Arti Ausiliarie delle Professioni Sanitarie, Odontotecnico" (con l'insegnamento di anatomia, fisiologia, igiene al primo biennio e al primo anno del secondo biennio; gnatologia al secondo anno del secondo biennio e al quinto anno).

Per gli infermieri, dunque, il primo requisito di accesso al concorso è il possesso della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

Altro requisito è rappresentato dal numero di crediti formativi universitari (CFU), acquisiti durante il piano di studi universitari in tre specifici SSD: almeno 12 CFU in MED/34, almeno 24 in MED/42 e almeno 12 in MED/45. Tali crediti potranno essere anche acquisiti dopo la laurea attraverso la frequenza di corsi specifici, master o corsi di perfezionamento presso le Università. A tal proposito, la FNOPI ha sensibilizzato i Rettori Universitari affinché assicurino un giusto percorso di studi, in grado di offrire questa opportunità ai laureati in SIO. Infatti, i CFU necessari per la piena abilitazione sarebbero quasi equivalenti all'ammontare complessivo di ore di un Master specifico per questo indirizzo. Un'altra possibilità sarebbe rappresentata da un ampliamento delle ore d'insegnamento previste nelle discipline Igiene generale e applicata (MED/42) e Medicina Fisica e Riabilitativa (MED/34) durante la laurea triennale e la laurea magistrale, dal momento che i crediti formativi in Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche (MED/45) già previsti durante il corso di studi soddisfano e superano i CFU richiesti dal bando di concorso (per l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro risultano essere 84 CFU per la triennale e 29 CFU per la laurea magistrale, per un totale di 113 CFU). In questo modo si permetterebbe agli infermieri di optare per l'insegnamento e scegliere di svolgere la professione in un contesto e in una realtà diversi dalla corsia e dai ruoli squisitamente assistenziali.

BIBLIOGRAFIA

1. Accordo Stato-Regioni 17 febbraio 2019 'Indirizzi di provicy integrate per la scuola che promuove la Salute'.
2. American Academy of Pediatrics Council on School Health, Magalnick, H. & Mazyck, D. (2008) 'Role of the school nurse in providing school health services', *Pediatrics*, vol. 121, no. 5, pp 1052-1056.
3. Ben Salah, L. (2018) 'Infermieri a scuola: esperienza a Livorno'.
4. Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518 'Regolamento per l'applicazione del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, relativo ai servizi di medicina scolastica'.
5. Decreto Ministeriale 9 maggio 2017, n. 259 'Classi di concorso'.
6. Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna (2016), 'Buone Pratiche, l'infermiere scolastico nelle scuole di Ravenna'.
7. Iacuanello, F., Di Santo, S., Palladini, D. & Caputo, P. (2023) 'L'infermiere torna a scuola, il progetto di Brindisi'.
8. Iacuanello, F., Di Santo, S., Palladini, D. & Caputo, P. (2020) 'Riapertura scuole, Fnopi: puntare su infermiere scolastico'.
9. Intesa in Conferenza Stato-Regioni 6 agosto 2020 'Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025'.
10. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 'Istituzione del Servizio Sanitario Regionale'.
11. Marcadelli, S. & Soverini, E. (2020) 'l'infermiere nelle scuole di Bologna: istituzione della figura dell'Infermiere di Comunità Scolastica'.
12. Paternicó, M. (2022) 'Progetto Infermiere Scolastico – Scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria d Primo Grado di San Martino Siccomario'.
13. Terzoni, S., Destrebecq, A., Di Prisco, L. & Ferrara, P. (2021), 'L'infermiere scolastico: ruoli e proposte per la realtà italiana'.

LA CARENZA DEI MEDICI DEL SEUS 118 DELLA PROVINCIA DI BARI E BAT



Giuseppe
CONTI

La carenza dei medici del SEUS 118 della Provincia di Bari e BAT consiglia inevitabilmente a rivedere l'organizzazione del sistema

A differenza di altri sistemi 118 di altre regioni che, partiti dieci anni prima rispetto alla nostra regione, hanno modificato più volte la loro organizzazione e non per carenza dei medici ma in seguito ad una attenta analisi dei “numeri” degli interventi eseguiti e della loro tipologia, la Puglia ha atteso l'emergenza per attivare una riflessione attenta sulla questione.

Nonostante i numerosi segnali che facevano presupporre una “crisi” di sistema, si giunge a rivedere e modificare l'organizzazione solo perchè vengono meno delle risorse.

Il territorio nella nostra provincia é mutato nel tempo così come sono mutati i bisogni di salute dei cittadini.

Il sistema di emergenza urgenza territoriale si trova oggi di fronte ad una carenza costante di figure mediche (sia ben chiaro non sono ne anestesisti-rianimatori ne medici di medicina d'urgenza) ma ciò non comporta una cattiva gestione o così come narrano alcuni medici o sindacati di categoria il mettere a repentaglio la vita dei cittadini o l'iperafflusso nei vari PS.

Non é questo il momento di creare il panico tra la popolazione non è produttivo sia per il sistema che per il cittadino ma fa solo aumentare la forza contrattuale dei medici del 118.

Il sistema di emergenza urgenza territoriale é un sistema composto di varie figure professionali tutte assolutamente capaci di rispondere in maniera produttiva sicura e professionale ai bisogni di salute dei pazienti.

Guardando i dati a disposizione, il 70% degli interventi del 118 potrebbero essere trattati dai medici di

medicina generale, che dirottano sul sistema 118 le loro attività. Senza perdere di vista la vera mission del SEUS 118, possiamo affermare che le patologie tempo- dipendenti (Arresto Cardiacò, reazione anafilattica, crisi epilettiche, stroke unit, stemi, difficoltà respiratorie, trauma grave) devono essere trattate nel più breve tempo possibile.

Evidenze scientifiche recenti ci consentono di produrre algoritmi e procedure validati internazionalmente che consentono ad un infermiere preparato e formato di iniziare trattamenti salvavita anche in forza della Direttiva 2013/55/UE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) I 024/2012 relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno (Regolamento IMI) recepita in Italia con Decreto Legislativo n° 15 del 28/01/2016, che all'art.30 comma 1 introduce delle modifiche sulle competenze degli Infermieri e che in punto specifico (f) afferma tra l'altro che essi hanno “la competenza di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi”.

Da tempo nella nostra provincia le equipe India, e quindi senza medico in assenza di auto mediche o Mike gestiscono le patologie tempo dipendenti in maniera competente grazie alle skills e competenze acquisite nei vari corsi di formazione ed aggiornamento continuo.

Un infermiere formato è supportato da una equipe altrettanto formata possono garantire una assistenza competente.

Nel contesto attuale sarebbe facile per qualcuno far passare l'idea di sostituire il medico del 118 con l'infermiere ma questa è una teoria distorta ed offensi-

CARENZA DI PERSONALE ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE PENITENZIARIE... L'ASL DISPONE NUOVE ATTRIBUZIONI D'INCARICHI DI INFERMIERE PLAUSO DELL'OPI BARI... LA SITUAZIONE ERA INSOSTENIBILE

L'Opi di Bari esprime vivo apprezzamento per l'attribuzione di 22 incarichi per la medicina penitenziaria di infermiere a tempo indeterminato a seguito dei provvedimenti posti in essere dall'Asl Bari.

La situazione divenuta insostenibile nel corso degli ultimi anni laddove il personale operante si è sacrificato con turni talvolta sfibranti, in una realtà che ha delle oggettive particolarità, finalmente trova respiro individuato nell'assunzione di personale dalla graduatoria del concorso pubblico per 566 posti di infermiere.

Numerose sono state le segnalazioni che quest'Ordine ha ricevuto e condiviso con la direzione sanitaria dell'Asl Bari individuando soluzioni immediate.

Certi che le problematiche non avvengono esclusivamente dalla carenza di personale infermieristico ma, anche dalla carenza di personale di supporto quali l'O.S.S. e, un'organizzazione complessiva, che va rivista nell'ambito dell'unità operativa di medicina penitenziaria compreso la formazione specifica che nel concreto è particolarmente carente e complessa poiché si tratta di operare in sinergia con la polizia penitenziaria che corrobora con quelle che sono le necessità assistenziali di detenuti e infermieri con l'ordine e la disciplina all'interno della struttura penitenziaria.

Certi di una maggiore considerazione ai modelli clinico assistenziali che impegnano su più fronti l'infermiere proprio di queste strutture carcerarie, è auspicabile in virtù di una maggiore attenzione dell'Asl Bari, intervenire su tutte le tematiche a noi rappresentate e condivise.

va nei confronti del cittadino e dell'infermiere. Ogni professionista ha una propria professionalità ed identità che va garantita nel rispetto dei ruoli. Fondamentale ricordare che i mezzi di soccorso india possono continuamente interfacciarsi con la Centrale Operativa nella quale è sempre presente un medico che potrebbe garantire la possibilità di somministrazione di farmaci ove necessario favorendo da un lato una prestazione sanitaria efficiente ed efficace, dall'altro la presenza medica ove non fisicamente possibile. Il medico è sicuramente un professionista fondamentale ma in una situazione come l'attuale piuttosto che cercare "sostitu-

zioni" o creare false considerazioni che minerebbero la fiducia del cittadino nei confronti di tutto il sistema sanitario, sarebbe utile cercare strategie organizzative nuove basate su dati certi, sulla distribuzione del territorio, sul riordino ospedaliero e sul numero di mezzi presenti. Osservando l'attuale organizzazione del sistema 118, una prima considerazione che potremmo fare e proporre di applicare il sistema di Riordino portando i pochi medici sulle auto mediche. In questo modo i mezzi miki diventerebbero mezzi india e quindi a gestione infermieristica e le automediche potrebbero garantire una copertura più capillare per più mezzi di soccorso.

POLICY STATEMENT TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DA PARTE DEGLI INFERMIERI NELL'EMERGENZA TERRITORIALE

Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale IRC del 05 novembre 2015
Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU del 07 novembre 2015

È ormai acquisizione unanime che, nelle patologie tempo dipendenti, la precocità dell'inquadramento diagnostico e i conseguenti provvedimenti terapeutici, anche farmacologici, assumono un ruolo critico nell'esito clinico, sia quoad vitam che quoad valetudinem.

In questo ambito, un ruolo strategico viene rivestito dal sistema di Emergenza Territoriale e, all'interno di questo, dalla figura Infermieristica, che, nella gran parte dei casi, rappresenta il punto di collegamento per la maggior parte delle postazioni, in costante riferimento con la componente Medica, considerato l'attuale contesto organizzativo articolato a più livelli di complessità. In particolare la somministrazione, da parte degli infermieri, di terapie, anche farmacologiche, secondo protocolli condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura), si inquadra in processo finalizzato alla tempestività del trattamento e spesso risulta essenziale per la salvaguardia della vita e/o della salute dei pazienti, come in caso di overdose da oppiacei, grave sindrome ipoglicemica, sindrome coronarica acuta, insufficienza respiratoria acuta, ecc. ...omissis...

PROGETTO PILOTA DI HANDOVER TRA OSPEDALE PEDIATRICO E TERRITORIO



Pasqualina
CARAMUSCIO *

Progetto pilota di HANDOVER tra ospedale pediatrico e territorio: stesura della scheda di dimissione infermieristica per il paziente pediatrico complesso

La Scheda di Dimissione Infermieristica per il Paziente Pediatrico Complesso, è uno strumento nuovo, innovativo nell'ideazione e nella stesura, la Scheda è nata da una necessità rilevata su un bisogno, è unica nel suo genere, non è presente in nessun'altra realtà nazionale, ed è stata letteralmente costruita da infermieri ospedalieri e territoriali, che provenendo da due aziende sanitarie diverse, con un background professionale differente, hanno saputo mettere le proprie competenze e il proprio tempo a disposizione per la creazione del documento.

Il bisogno rilevato è la mancanza di uno strumento condiviso che potesse facilitare le consegne al momento della dimissione protetta domiciliare del paziente pediatrico tra i professionisti ospedalieri e territoriali. Nasce così questo progetto di handover tra ospedale e territorio.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO PILOTA

Il Presidio Ospedaliero "Giovanni XIII" centro di riferimento dell'intero territorio non solo regionale, tutela la salute dei pazienti in età pediatrica fornendo servizi diagnostici e terapeutici di elevata qualità, garantendo al paziente le migliori cure possibili, privilegiando, nell'organizzazione ospedaliera, il rapporto umano. Principi guida sono la centralità del paziente, la soddisfazione dell'utenza e il benessere degli operatori.

Il percorso del progetto pilota di handover tra ospedale e territorio ha come focus i pazienti pediatrici con dimissioni protette complesse che necessitano di continuità e di coordinamento delle cure domiciliari e della presa in carico multidisciplinare.

È ormai riconosciuto che un accurato passaggio di informazioni cliniche è di grande importanza per la

continuità e la sicurezza delle cure.

I trasferimenti dal contesto ospedaliero a quello territoriale, sono spesso caratterizzati da comunicazioni che non prevedono il passaggio di consegne del personale infermieristico.

È necessario implementare la consegna infermieristica standardizzando lo scambio di informazioni. L'applicazione di un handover strutturato e ben organizzato, con la creazione di una SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA PER IL PAZIENTE PEDIATRICO COMPLESSO, successivamente denominata SCHEDA, ha lo scopo di ridurre il rischio di errori comunicativi e di ottimizzare, nell'ottica della continuità assistenziale la presa in carico del paziente pediatrico.

L'idea è quella di testare l'idea progettuale partendo dal territorio del Distretto Socio Sanitario Unico della ASL Ba, sviluppando il progetto parallelamente ad una sua prima sperimentazione, per poterlo esportare anche su altri setting assistenziali coinvolgendo in una fase successiva anche le altre ASL della Regione Puglia e di fuori regione.

Componenti del Progetto:

1. Gruppo di lavoro, chiamato "dreamteam" coordinato dal Dirigente Professioni Sanitarie e costituito inizialmente da n. 3 Infermieri dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, che hanno iniziato i lavori del project-work con una prima stesura della scheda. Come da cronoprogramma del progetto, in una fase successiva, al primo dreamteam si sono inseriti 2 Infermiere della UOS Cure Domiciliari del DSS di Bari e un Infermiera della PUA del DSS di Bari della ASL Ba e hanno costituito il "dreamteam integrato". La scelta del "dreamteam integrato" formato da professionisti che lavorano in due setting di cura

diversi (Ospedale Pediatrico Territorio) ha permesso un confronto attivo tra le skill sullo stesso strumento, utilizzando il punto di vista da una parte come mittenti e dall'altra parte come destinatari.

2. La Direzione Medica del Presidio Giovanni XXIII e la Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, la Direzione del DSS di Bari, per quanto di loro competenza nelle fasi di autorizzazione e avanzamento del progetto.
3. L'UOC Rischio Clinico dell'Azienda Consorziale Policlinico di Bari per la validazione della Scheda e per l'autorizzazione all'adozione all'interno dell'AUO Policlinico di Bari.
4. L'UO di Formazione che ha permesso l'accreditamento di n. 3 giornate formative "Handover ospedale pediatrico e territorio: la scheda di dimissione infermieristica per il paziente pediatrico complesso" alle quali hanno partecipato gli infermieri delle cure domiciliari del Distretto di Bari e gli infermieri del PO Giovanni XXIII. I relatori sono stati gli stessi infermieri che hanno strutturato la scheda infermieristica.
5. Gli infermieri del Presidio Giovanni XXIII che dopo la formazione hanno compilato la Scheda nelle Dimissioni Protette.
6. Gli infermieri delle Cure Domiciliari del Distretto di Bari che hanno ricevuto la Scheda compilata ed hanno attivato l'Handover

Analisi del bisogno:

La comunicazione efficace tra i professionisti dell'Ospedale e del Territorio permette di migliorare la qualità dell'assistenza erogata, in particolare quando il paziente pediatrico complesso viene dimesso verso il proprio domicilio.

In questo contesto l'Infermiere assume un ruolo chiave, secondo l'art. 13 del Codice Deontologico del 2019 "Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti.

Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni.

Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti".

L'Ospedale Pediatrico rappresenta il punto di riferimento per le malattie rare, le patologie acute e la stabilizzazione clinica del paziente. Le successive prestazioni di assistenza e riabilitazione si spostano sempre più verso il territorio.

Il tempo in cui il paziente viene dimesso e in cui viene elaborato il piano di dimissione è spesso inadeguato per garantire il completo soddisfacimento dei

bisogni, la modifica dell'ambiente domestico in relazione alle nuove necessità e l'approvvigionamento dei presidi protesici necessari all'assistenza domiciliare.

All'interno di questo quadro generale diventa fondamentale migliorare la comunicazione tra infermieri che lavorano nei reparti ospedalieri e infermieri che lavorano nel servizio di Assistenza Domiciliare.

Coinvolgimento del Dreamteam:

I componenti del Dreamteam sono stati individuati in base alle capacità e alle skills anche dal punto di vista della personalità e disponibilità, i componenti individuati sono professionisti propositivi che hanno condiviso la necessità di creare uno strumento, la Scheda di Dimissione per consentire l'handover tra ospedale pediatrico e il territorio.

La Dimissione Protetta è una responsabilità interdisciplinare e ha come scopo la continuità di cura. Il primo e fondamentale passo è valutare il paziente, i suoi bisogni e interfacciarsi con i servizi territoriali per la continuità e il coordinamento delle cure.

Il coinvolgimento partecipativo del Dreamteam integrato ha permesso di portare a termine il progetto pilota come da cronoprogramma e si sono raggiunti gli obiettivi prefissati nei tempi previsti.

L'estensione del progetto ad altri setting assistenziali territoriali al di fuori della ASL Ba con il coinvolgimento di altri dreamteams sarà valutato sulla base degli outcome ricevuti.

Gli obiettivi raggiunti:

- 1° obiettivo: Il progetto ha portato alla realizzazione della Scheda di Dimissione Infermieristica per il paziente pediatrico complesso. Il dreamteam ha utilizzato come metodologia del lavoro, il modello SBAR (acronimo di Situation, Background, Assessment, Raccomandation);
1. per Situation: si intende la situazione attuale, il tempo presente, la motivazione per cui è in carico il piccolo paziente. I vari quesiti diagnostici, le teorie, la sintomatologia, gli interventi da eseguire o già eseguite;
 2. per Background si intende il passato remoto e prossimo clinico del piccolo paziente. dunque le diagnosi note, le prestazioni infermieristiche erogate, la situazione socio-familiare;
 3. per Assessment si intende tutto ciò che si sta facendo o è stato fatto per facilitare la presa in carico del paziente;
 4. per Raccomandation si intende ciò che bisogna fare, tempo futuro, per questo paziente.

Il metodo SBAR è ultimamente divenuto il più utilizzato nelle unità operative per il suo approccio alle cure globali. Il modello concettuale per la rilevazione dei bisogni è il modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli

- 2° obiettivo: implementazione dei modelli assistenziali finalizzati all'integrazione ospedale-territorio estensibili sull'intero territorio regionale e fuori regione;
- 3° obiettivo: nuovo modello di lavoro in team multidisciplinare, da proporre anche in successivi progetti;
- 4° obiettivo: n. 3 progetti formativi integrati con accreditamento ECM tra il PO Giovanni XXIII e ASL con intervento dell'UO di Formazione del AUO Policlinico di Bari, che hanno visto relatori e formatori gli infermieri del dreamteam e partecipanti gli infermieri dell'assistenza domiciliare e gli infermieri ospedalieri prevalentemente dell'area pediatrica.

Cronoprogramma delle attività

Il progetto si è svolto con otto incontri, dalla fase dell'ideazione alla fase conclusiva, raggiungendo il terzo obiettivo con la stesura della parte grafica, e il quarto obiettivo con le tre giornate di formazione, in un arco temporale totale di mesi 18.

La Scheda di Dimissione Infermieristica per il paziente Pediatrico Complesso

La Scheda di Dimissione Infermieristica per il paziente pediatrico complesso è costituita da quattro pagine, sei sezioni, ogni sezione suddivisa in quattro colonne.

Nella prima colonna viene specificato il bisogno individuato, nella seconda colonna sono riportati gli ausili che sono necessari al domicilio per il soddisfacimento del bisogno, nella terza colonna gli interventi domiciliari che saranno successivamente riportati nel Piano di Assistenza Domiciliare durante la Valutazione Multidimensionale distrettuale (UVM), nella quarta colonna l'addestramento ricevuto dal caregiver durante la degenza ospedaliera e la valutazione del livello di raggiunto.

La prima pagina della Scheda riporta l'anagrafica del piccolo paziente e fornisce informazioni preziose perché sintetizza le prime informazioni utili all'assistenza, in seconda, terza, quarta pagina sono riportati i 5 bisogni rilevati secondo il modello concettuale di Marisa Cantarelli e le relative prestazioni, ausili, interventi domiciliari necessari per il soddisfacimento degli stessi.

I bisogni individuati sono:

1. bisogno di respirare: viene indicata la necessità di utilizzo di O2 terapia o di ventilazione domiciliare e la necessità di uso dei vari presidi per la ventilazione, device vari e la loro gestione domiciliare;
2. bisogno di alimentazione e idratazione: viene indicata il tipo di dieta assunta e di cui necessita il piccolo paziente (allattamento, diabetica, iposodica, celiaca), il livello di autonomia, eventuali device per l'alimentazione (SNG, PEG, nutrizione parenterale). In questa sezione è prevista una sezione dedicata alla gestione della cute e degli annessi e la necessità di eseguire medicazioni semplici o avanzate;
3. bisogno di eliminazione urinaria e intestinale: sono indicate i base all'età anagrafica i livelli di autonomia e l'eventuale presenza di cateteri vescicali o di stomie urinarie o intestinali con la loro gestione;
4. bisogno di movimento: in funzione dell'età anagrafica, viene rilevato se il piccolo paziente è autonomo, parzialmente autonomo (emiplegico o paraplegico), o totalmente dipendente e gli interventi domiciliari previsti;
5. bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria: viene individuata la rilevazione dei parametri vitali e la loro gestione.

In quarta pagina la sesta sezione dedicata alla rilevazione del dolore con la scala dell'intensità del dolore di Wong-Baker.

Considerazioni: la Scheda non è esaustiva, ma rappresenta un primo documento, condiviso che potrà essere rivisitato considerando i vari feedback. E' un documento facilitatore perché garantisce la continuità assistenziale, facilita la presa in carico del servizio che accoglie, descrive dettagliatamente il percorso assistenziale del piccolo paziente durante la degenza, descrive i bisogni pregressi e quelli attuali, descrive gli interventi infermieristici programmati, riduce le ri-ammissioni in ospedale e aumenta la sicurezza dell'assistito ed è apprezzata dal professionista domiciliare che prenderà in carico il piccolo paziente dopo la dimissione.

Non è un ulteriore aggravio burocratico ma un lavoro fatto con una logica diversa che rientra nella cultura infermieristica.

*Dream Team Integrato:

Gruppo di Lavoro AUO Policlinico di Bari: Biagio Auciello, Santa Porcelli, Margherita Zatton
Gruppo di Lavoro ASL BA: Pasqua Laraspata, Mariarosaria Pastorelli, Apollonia Di Terlizzi

BIBLIOGRAFIA

1. "Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Marisa Cantarelli" edizione Masson.
2. "I piani di Assistenza Infermieristica" edizione Casa Editrice Ambrosiana.
3. "Procedure infermieristiche in Area Pediatrica" edizione Casa Editrice Ambrosiana.
4. "Case management domiciliare: il servizio home maker in progress" Editore Digirolamo.



REGIONE PUGLIA
**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
 CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI**
 P.zza G. Cesare, 11 - 70124 BARI



SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE PEDIATRICO COMPLESSO

Denominazione della UO: _____ numero di SDO _____
 data del ricovero _____ data presunta di dimissione _____

COGNOME _____ NOME _____ SESSO (M) (F) _____
 NATO/A _____ il _____ C.F. _____
 DOMICILIO DI ASSISTENZA: Via _____ n. _____
 Prov. _____ CAP _____
 PLS (Pediatra di libera scelta) _____
 ASL di appartenenza _____ DSS di appartenenza _____
 Cognome sul citofono _____
 MADRE: (nome e cognome) _____ cell. _____
 PADRE: (nome e cognome) _____ cell. _____
 TUTORE (nome e cognome) _____ cell. _____

ESAME OBIETTIVO ALLA DIMISSIONE

PESO Kg _____ ALTEZZA cm _____ CIRCONFERENZA CRANIO cm _____ TORACE cm _____

DIAGNOSI DIMISSIONE: _____

modalità di trasporto alla Dimissione Domiciliare: mezzo proprio ambulanza attrezzata

<input type="checkbox"/> SUZIONE <input type="checkbox"/> ADEGUATA <input type="checkbox"/> LENTA <input type="checkbox"/> INDEGUATA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE: <input type="checkbox"/> SUZIONE ADEGUATA <input type="checkbox"/> ALTE ARTIFICIALE <input type="checkbox"/> DIVERSIONE <input type="checkbox"/> DIETA LIBERA <input type="checkbox"/> DIETA SPECIALE PER <input type="checkbox"/> PER DIABETICI <input type="checkbox"/> PER CELIACI <input type="checkbox"/> IPOSDICA <input type="checkbox"/> ALTRI TIPI DI DIETA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE <input type="checkbox"/> SOMMINISTRAZIONE CON POMPA: <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> inserito il _____ <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> PORT <input type="checkbox"/> BROVIAC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> MIDLINE <input type="checkbox"/> inserito il _____	<input type="checkbox"/> PEG Tipo _____ CVI _____ <input type="checkbox"/> POMPA NUTRIZIONE ARTIFICIALE <input type="checkbox"/> SISTEMA DEFLUSSORE CON SACCA NUTRIZIONE PARENTERALE <input type="checkbox"/> PRESIDI PER GESTIONE <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> PORT <input type="checkbox"/> BROVIAC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> MIDLINE	<input type="checkbox"/> GESTIONE CVC Posizionato il _____ medicazione il _____ frequenza _____ sostituzione _____ <input type="checkbox"/> GESTIONE CVP Posizionato il _____ medicazione il _____ frequenza _____ sostituzione _____ <input type="checkbox"/> GESTIONE PORT Posizionato il _____ medicazione il _____ frequenza _____ sostituzione _____ <input type="checkbox"/> GESTIONE BROVIAC Posizionato il _____ medicazione il _____ frequenza _____ sostituzione _____ <input type="checkbox"/> GESTIONE PICC Posizionato il _____ medicazione il _____ frequenza _____ sostituzione _____ <input type="checkbox"/> GESTIONE MIDLINE Posizionato il _____ medicazione il _____ frequenza _____ sostituzione _____	MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____
---	--	--	--

CUTE E ANNESSI <input type="checkbox"/> CUTE IDRATATA <input type="checkbox"/> CUTE INTEGRA <input type="checkbox"/> LESIONI GRADO: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> USTIONI	AUSILI NECESSARI AL DOMICILIO <input type="checkbox"/> MEDICAZIONI SEMPLICI <input type="checkbox"/> MEDICAZIONI AVANZATE <input type="checkbox"/> VAC TERAPIA <input type="checkbox"/> POSIZIONATORI	INTERVENTI DOMICILIARI <input type="checkbox"/> GESTIONE LESIONE GRADO: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IDRATAZIONE CUTE <input type="checkbox"/> MOBILIZZAZIONE <input type="checkbox"/> GESTIONE VAC TERAPIA	VALUTAZIONE ADESTRAMENTO 1. Non sufficiente 2. Sufficiente 3. Buono 4. Completo MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____
--	---	--	---

3. BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE ELIMINAZIONE URINARIA <input type="checkbox"/> SPONTANEA <input type="checkbox"/> PORTATORE DI CATETERE VESICALE <input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> INTERMITTENTE <input type="checkbox"/> UROSTOMIA ELIMINAZIONE INTESTINALE <input type="checkbox"/> ALVO REGOLARE	AUSILI NECESSARI AL DOMICILIO <input type="checkbox"/> CATETERE VESICALE Posizionato il _____ tipo _____ CH _____ <input type="checkbox"/> CATETERE INTERMITTENTE TIPO _____ CH _____ <input type="checkbox"/> PRESIDI UROSTOMIA BUSTE URINE <input type="checkbox"/> PRESIDI E SACCHE PER	INTERVENTI DOMICILIARI <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE VESICALE <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE INTERMITTENTE <input type="checkbox"/> GESTIONE UROSTOMIA <input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE BUSTA URINE <input type="checkbox"/> EDUCAZIONE ALLA CORRETTA EVACUAZIONE	VALUTAZIONE ADESTRAMENTO 1. Non sufficiente 2. Sufficiente 3. Buono 4. Completo MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____
---	--	--	---

1. BISOGNO DI RESPIRARE			
RESPIRAZIONE <input type="checkbox"/> PAZIENTE EUPNOICO <input type="checkbox"/> PAZIENTE DISPNOICO <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> SECCA <input type="checkbox"/> UMIDA <input type="checkbox"/> SEGREZIONI PRIME VIE AEREE <input type="checkbox"/> MODESTE <input type="checkbox"/> DISCRETE <input type="checkbox"/> ABBONDANTI <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> FLUSSO LIBERO <input type="checkbox"/> NASALI <input type="checkbox"/> MASCHERA FACCIALE <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE <input type="checkbox"/> NON INVASIVA <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BPAP <input type="checkbox"/> ALTI FLUSSI <input type="checkbox"/> INVASIVA <input type="checkbox"/> ORO-TRACHEALE <input type="checkbox"/> NASO TRACHEALE <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA <input type="checkbox"/> CANNULA <input type="checkbox"/> CUFFIATA <input type="checkbox"/> NON CUFFIATA <input type="checkbox"/> FINISTRATA	AUSILI NECESSARI AL DOMICILIO <input type="checkbox"/> CANNULE PER TRACHEOSTOMIA MODELLO _____ CH _____ REF _____ <input type="checkbox"/> PRESIDI PER TRACHEOSTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILATORE PORTATILE E CIRCUITI CON FILTRI <input type="checkbox"/> ASPIRATORE <input type="checkbox"/> SONDINI PER ASPIRATORE CH _____ <input type="checkbox"/> MACCHINA PER LA TOSSE <input type="checkbox"/> SATURIMETRO <input type="checkbox"/> OSSIGENO <input type="checkbox"/> GASSOSO <input type="checkbox"/> LIQUIDO	INTERVENTI DOMICILIARI <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA TRACHEOSTOMIA FREQUENZA _____ <input type="checkbox"/> ASPIRAZIONE DELLE PRIME VIE AEREE <input type="checkbox"/> DA OROFARINGE FREQUENZA _____ <input type="checkbox"/> DA TRACHEOSTOMIA FREQUENZA _____ <input type="checkbox"/> GESTIONE OSSIGENO TERAPIA E PRESIDIO DI EROGAZIONE <input type="checkbox"/> GESTIONE DEL SISTEMA DI VENTILAZIONE <input type="checkbox"/> GESTIONE USO MACCHINA DELLA TOSSE <input type="checkbox"/> NECESSITA' DI FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> ALTRO	VALUTAZIONE ADESTRAMENTO 1. Non sufficiente 2. Sufficiente 3. Buono 4. Completo MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____

2. BISOGNO DI ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE			
ALIMENTAZIONE <input type="checkbox"/> PAZIENTE NON DISFAGICO <input type="checkbox"/> PAZIENTE DISFAGICO <input type="checkbox"/> ALIMENTAZIONE <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> CON AIUTO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMA <input type="checkbox"/> INAPPETENZA <input type="checkbox"/> FREQUENTI RIGURGITI <input type="checkbox"/> VOMITO Tipo _____	AUSILI NECESSARI AL DOMICILIO <input type="checkbox"/> POMPA NUTRIZIONE ENTERALE <input type="checkbox"/> SISTEMA DEFLUSSORE CON SACCA NUTRIZIONE ENTERALE <input type="checkbox"/> SONDINO NASOGASTRICO Tipo _____ CH _____ <input type="checkbox"/> BOTTOM Tipo _____ CH _____	INTERVENTI DOMICILIARI <input type="checkbox"/> GESTIONE SNG Posizionato il _____ medicazione il _____ frequenza _____ sostituzione _____ <input type="checkbox"/> GESTIONE BOTTOM/PEG Posizionato il _____ medicazione il _____ frequenza _____ sostituzione _____	VALUTAZIONE ADESTRAMENTO 1. Non sufficiente 2. Sufficiente 3. Buono 4. Completo MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____

<input type="checkbox"/> ALVO IRREGOLARE <input type="checkbox"/> NON CANALIZZATO <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA <input type="checkbox"/> COLONSTOMIA <input type="checkbox"/> PRESSIONE DI FISTOLA URORETTALE <input type="checkbox"/> PRESIDI PER LAVAGGIO INTESTINALE	COLONSTOMIA CH _____ <input type="checkbox"/> PRESIDI E SACCHE PER ILEOSTOMIA CH _____ <input type="checkbox"/> PRESIDI PER MEDICAZIONE FISTOLA URORETTALE <input type="checkbox"/> PRESIDI PER LAVAGGIO INTESTINALE	<input type="checkbox"/> GESTIONE COLONSTOMIA SOSTITUZIONE SACCHE <input type="checkbox"/> GESTIONE ILEOSTOMIA GESTIONE SACCHE <input type="checkbox"/> GESTIONE FISTOLA URORETTALE MEDICAZIONI <input type="checkbox"/> GESTIONE LAVAGGIO INTESTINALE	MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____
--	---	---	---

4. BISOGNO DI MOVIMENTO			
MOVIMENTAZIONE <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> NON AUTONOMA MA FISIOLÓGICA PER ETÀ <input type="checkbox"/> COMPROMESSA PER:	AUSILI NECESSARI AL DOMICILIO <input type="checkbox"/> PER DEAMBULAZIONE <input type="checkbox"/> TUTORI <input type="checkbox"/> SEDIA A ROTELLE TIPO _____ <input type="checkbox"/> LETTO ARTICOLATO TIPO _____	INTERVENTI DOMICILIARI <input type="checkbox"/> MOBILIZZAZIONE PASSIVA <input type="checkbox"/> INTERVENTI DI FKT SECONDO PIANO RIABILITATIVO <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI SPOSTAMENTI CON AUSILI	VALUTAZIONE ADESTRAMENTO 1. Non sufficiente 2. Sufficiente 3. Buono 4. Completo MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____

5. BISOGNO DI MANTENERE LA FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA			
PARAMETRI VITALI <input type="checkbox"/> NORMALI <input type="checkbox"/> ALTERATI <input type="checkbox"/> FREQUENZA CARDIACA <input type="checkbox"/> FREQUENZA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> SATURAZIONE <input type="checkbox"/> PRESSIONE ARTERIOSA <input type="checkbox"/> TEMPERATURA	AUSILI NECESSARI AL DOMICILIO <input type="checkbox"/> SATURIMETRO <input type="checkbox"/> APPARECCHIO PRESSIONE <input type="checkbox"/> TERMOMETRO <input type="checkbox"/> ALTRO	INTERVENTI DOMICILIARI <input type="checkbox"/> RILEVAZIONE PARAMETRI	VALUTAZIONE ADESTRAMENTO 1. Non sufficiente 2. Sufficiente 3. Buono 4. Completo MADRE PADRE ALTRO _____ MADRE PADRE ALTRO _____

ADDESTRAMENTO IN CORSO COMPLETATO

6. SCALA DELL'INTENSITA' DEL DOLORE (WONG-BAKER)

Bambino di età > 3 anni scala di Wong-Baker

Data _____

FIRMA INFERMIERE COMPILATORE _____

TIMBRO UO OPERATIVA _____

PROJECT CYCLE MANAGEMENT

La metodologia del Project Cycle Management (Gestione del Ciclo del Progetto) è stata introdotta agli inizi degli anni “90 dalla Commissione europea per migliorare la qualità della progettazione e della gestione dei progetti



Maria
COLAPINTO



Michela
LACASELLA

Il Progetto è l'insieme di attività, complesse e interrelate, con un obiettivo ben definito, raggiungibile attraverso sforzi sinergici e coordinati, entro un tempo pre-determinato e con un preciso ammontare di risorse umane e finanziarie.

Tra i diversi elementi di un progetto ci sono alcuni che rivestono un ruolo di centralità: l'obiettivo, le limitazioni temporali, economico-finanziarie, la specificità del progetto rispetto ad altri piani e l'organizzazione specifica di un progetto.

Spesso i progetti sono gestiti mediante l'approccio organizzativo e metodologico del “Project Management” che considera un “Progetto” come un obiettivo aziendale da raggiungere nel rispetto di tempi, costi e qualità prefissati.

Un Progetto è un insieme di attività mirate al raggiungimento di obiettivi chiaramente definiti, entro un determinato periodo di tempo e con un budget prestabilito (Project Cycle Management Guidelines - Commissione Europea - marzo 2004).

La metodologia del Project Cycle Management - (Gestione del Ciclo del Progetto) è stata introdotta agli inizi degli anni “90 dalla Commissione europea per migliorare la qualità della progettazione e della gestione dei progetti. Oggi sempre più nella Pubblica Amministrazione si lavora “per progetti”.

Al posto del modello tradizionale di lavoro, legato alle disposizioni normative, si chiede alla Pubblica Amministrazione, sia essa un'amministrazione locale, sia essa un ente con responsabilità nazionale, di predisporre e gestire programmi e progetti.

L'accesso alle risorse finanziarie messe a disposizione dalla Commissione europea ha reso ancora più rilevante quest'aspetto.

Il PCM (Project Cycle Management-Gestione del

Ciclo del Progetto) è un insieme di concetti e di strumenti destinato a rendere più efficace, trasparente e partecipativo il lavoro “per progetti”.

La Gestione del Ciclo del Progetto prevede la strutturazione in fasi della preparazione e della realizzazione dei progetti. Definisce, per ogni fase, il ruolo dei diversi attori interessati e le decisioni che devono essere prese.

Ogni progetto ha un ciclo di vita composto da quattro fasi principali attraverso le quali gli attori coinvolti cercano di raggiungere gli obiettivi che il progetto stesso si pone.

Il ciclo comincia con l'identificazione di un'idea da sviluppare in un piano di lavoro che possa essere realizzato e valutato.

Gli attori gli stakeholder di progetto possono essere attori primari o attori secondari.

Attori primari (attori principali): gruppo di soggetti che hanno un coinvolgimento diretto nel ciclo del progetto. Questo gruppo per un determinato tempo definisce gli obiettivi, lavora in modo coordinato e complementare, mettendo a disposizione le proprie risorse, per raggiungere gli obiettivi definiti all'interno di una intesa globale stipulata negli accordi specifici esistenti fra le parti. Committente, Project manager, Gruppo di Project Management, Project Manager Office, Finanziatore.

Attori secondari: sono i soggetti che possono, in maggior o minor grado, entrare nella “scena” di un progetto. All'interno di questa fattispecie di attori ci sono: Tavolo tecnico, Sponsor, destinatari indiretti, ecc.

Il PCM scandisce le diverse fasi di un progetto. Trattandosi di un percorso ciclico, il PCM consente di sottoporre il progetto a verifica continua, sin dalla sua prima formulazione e di intervenire in itinere

sull'attività progettuale, apportando modifiche e/o miglioramenti.

Il Ciclo del Progetto (cioè la sequenza delle fasi di preparazione e realizzazione del progetto) in generale comprende 6 fasi standard:

- 1) Programmazione;
- 2) Identificazione;
- 3) Formulazione;
- 4) Finanziamenti;
- 5) Realizzazione e 6) Valutazione.

Il ciclo comincia con l'identificazione di un'idea (le possibili idee/progetto sono individuate nel contesto di una strategia concordata tra le parti coinvolte) da sviluppare in un piano di lavoro che possa essere realizzato e valutato.

Nella fase di Programmazione il contesto nazionale e quello settoriale sono analizzati per identificare problemi, opportunità ed impedimenti che potrebbero essere affrontati nell'implementazione di progetti.

Nella fase di Identificazione sono individuate e sottoposte ad ulteriore analisi e studio le azioni specifiche da intraprendere e vengono formulate delle idee-progetto. Comprende: analisi di contesto, analisi degli attori, analisi dei problemi, analisi degli obiettivi, analisi delle strategie.

Nella fase di Formulazione le idee-progetto giudicate pertinenti sono elaborate in piani di progetti operativi. Comprende: Definizione del Quadro logico, Piano delle attività, Piano delle risorse (budget).

Nella fase di Finanziamento le proposte sono esaminate dalle autorità competenti che decidono se finanziare o meno il progetto.

Nella fase di Realizzazione il progetto è eseguito: tutti i mezzi materiali ed immateriali necessari alla realizzazione del progetto sono messi in opera così come previsto. Il progetto viene implementato e monitorato. Pianificazione, realizzazione, gestione e monitoraggio delle attività

Nella fase di Valutazione si valuta il progetto per stabilire quali obiettivi siano stati raggiunti. Benché, in generale, nel Ciclo del Progetto la Valutazione segua la Realizzazione, è pratica comune condurre una Valutazione Intermedia nel corso della fase di Realizzazione.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha rappresentato e rappresenta un'opportunità per l'Italia e in particolare per le tante imprese presenti sul territorio nazionale.

Il Piano è il documento preparato dal Governo italiano, che propone il modo in cui usare le risorse stanziare dall'Unione Europea per la ripresa dopo la pandemia. Al suo interno c'è una strategia mirata che si suddivide in 6 Missioni. Le PMI hanno un ruolo importante per la loro realizzazione e potranno usufruire di diversi incentivi per realizzare i pro-

pri progetti.

Le Missioni del PNRR

I progetti di investimento del Piano sono stati suddivisi in 16 componenti, che a loro volta sono riunite in 6 Missioni, molte delle quali mirano a coinvolgere le aziende italiane:

1. Digitalizzazione e competitività del sistema produttivo (23,89 miliardi), cultura e turismo (6,68 miliardi);
2. Transizione ecologica: filiera agroalimentare (2,8 miliardi), sviluppo agro-voltaico (1,1 miliardi), filiere della transizione ecologica (2 miliardi), efficientamento energetico e sismico (13,95 miliardi);
3. Infrastrutture per la mobilità green: alta velocità verso il Sud (4 miliardi) e logistica integrata (1 miliardo);
4. Istruzione e ricerca (11,44 miliardi);
5. Inclusione e coesione: politiche attive per il lavoro e la formazione (4,4 miliardi), creazione di imprese femminili (0,4 miliardi), interventi di coesione territoriale (1,98 miliardi);
6. Salute: rinnovo degli ospedali (4 miliardi).

Le linee di investimento previste per la Missione 6 - Componente 1 (la Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate sul territorio attraverso l'attivazione ed il potenziamento di strutture e presidi territoriali Case e Ospedali di comunità rafforzando al contempo l'assistenza domiciliare, la telemedicina e la domotica) sono le seguenti:

* M6C1 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona".

* M6C1 1.2 "Casa come primo luogo di cura e Telemedicina".

1. subinvestimento 1.2.1 - Assistenza domiciliare: identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari (ADI), che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione). Il progetto mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.
2. subinvestimento 1.2.2 - Attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza (una COT per circa 100.000 abitanti).
3. subinvestimento 1.2.3 - Utilizzo della Telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. L'obiettivo posto è assistere, nel

2025, almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina.

* M6C1 1.3 - “Ospedali di Comunità” - A questi investimenti si affianca un progetto di Riforma dedicato alla definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. La Riforma è stata attuata con la pubblicazione, sulla G.U. del 22/06/2022, del D.M. del 23/05/2022, n. 77 sugli standard dell’assistenza territoriale.

Necessario ricordare che le risorse messe in campo dal PNRR riguardano gli investimenti infrastrutturali. Quindi, le spese per il personale che dovrà gesti-

re e rendere operative le nuove strutture sanitarie ed incrementare le erogazioni ADI fanno invece parte delle spese correnti e devono quindi essere autorizzate al di fuori delle risorse PNRR.

Nella Tabella contenuta nell’Allegato 1 del DM n. 77/2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), vengono indicate le figure professionali che compongono le équipe multiprofessionali presenti nelle Case delle Comunità e la cooperazione funzionale delle figure professionali presenti.

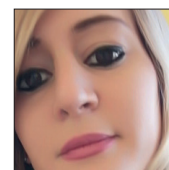
MMG e PLS Medico di Medicina di Comunità e Medici dei servizi	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell’ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l’assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell’uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni presenti nell’équipe	Le altre figure professionali dell’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Le figure professionali che compongono le équipe multiprofessionali presenti nelle Case delle Comunità

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>.
2. Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.
3. Camera dei deputati - XIX LEGISLATURA - Documentazione e ricerche, I presidi dell’assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR, n. 23, 20 marzo 2023.
4. Dott. Raffaele K. Salinari, Project Cycle Management, “Manuale di ciclo di gestione del progetto” Tratto dal “Project Cycle Management” dell’Unione Europea.
5. Formez, Project Cycle Management, MANUALE PER LA FORMAZIONE.

I DISTRETTI SOCIO SANITARI E IL PNRR. I CAMBIAMENTI PREVISTI



Angela SARDELLA

il PNRR per consentire l'effettiva applicazione dei LEA, diminuendo le disuguaglianze e costruendo nel contempo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale, pone la "necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali"

Il sistema sanitario basato sugli ospedali come unici centri dove si possono affrontare tutti i problemi che hanno a che fare, direttamente o indirettamente, con la salute si è rivelato e si rivela tuttora, sempre di più, inadeguato anche alle esigenze tipiche di un numero crescente di anziani.

Necessario, quindi, il bisogno di costruire una rete di servizi di assistenza continuativa e fortemente integrata, in cui realizzare progetti di assistenza differenziati, che richiede di valorizzare la funzione della famiglia, della rete amicale, del volontariato, dei servizi sociali e quella più specificamente sanitaria. Ancora oggi assistiamo a rilevanti "disparità territoriali nell'erogazione dei servizi", ad una "inadeguata integrazione" tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali ed a "tempi di attesa elevati" per l'erogazione di alcune prestazioni.

L'esperienza della pandemia da SARS-COVID 19 ha evidenziato l'importanza di poter contare su un utilizzo di tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure.

Il PNRR prevede di implementare i Servizi dei Distretti che devono avere una popolazione di riferimento di 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione prevede:

- Casa della Comunità hub per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità spoke per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali e precisamente:
 - > 1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane;
 - > 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e

sub-urbane;

-> 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali.

- Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure attraverso un collegamento funzionale di riferimento.
- Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse delle Cure Primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture spoke, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa;
- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità;
- 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 2 Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 50.000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
- 1 Hospice fino a 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative;
- 1 Centrale Operativa Territoriale (1 ogni 100.000 abitanti).

All'interno di ogni Distretto sociosanitario inoltre sono previste Assistenza Domiciliare, Servizi per la Salute Mentale servizi per le Dipendenze Patologiche e per la Neuropsichiatria Infantile, Servizi per la Salute della Donna e del Bambino, Servizi per le Attività di Promozione e Prevenzione della Salute, il tutto supportato e integrato da un uso diffuso della Telemedicina.

Quindi nel territorio dei Distretti abbiamo e avremo una pluralità di soggetti pubblici e privati, sociali e

del terzo settore che vanno portati a convergere su obiettivi di salute condivisi per le popolazioni di riferimento.

I Distretti oggi, dopo fusioni e integrazioni, sono 602, ed il PNRR prevede almeno pari numero di Case di Comunità Hub e di Centrali Operative Territoriali (COT).

Il PNRR affronta altresì il tema di riorganizzare gli ospedali attraverso la creazione delle “reti ospedaliere” basate su nuove tecnologie e nuovi modelli erogativi e su una presa in carico dei pazienti inte-

- l’investimento in ricerca scientifica nell’ambito biomedico e sanitario.

La Missione 6 si articola in due componenti:

1. *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*: È la componente che si concentra sul modello di assistenza sul territorio, considerato tra i punti deboli del SSN emersi con particolare evidenza nel corso della emergenza pandemica. gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio gra-

“Con le misure avviate dal PNRR, la sanità pubblica ha iniziato ad affrontare una profonda riorganizzazione su base territoriale, delineata dal D.M. 77/2022 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”. La riforma ridisegna la rete di assistenza sanitaria territoriale, definendo una serie di standard che dovranno essere rispettati in ciascuna Regione, sotto la vigilanza dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali”

grata tra ospedale e territorio.

Il SSR al fine di erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, dovrebbero perseguire una visione basata su pianificazione, rafforzamento e valorizzazione dei servizi territoriali attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento delle cure domiciliari e l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari.

zie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità a cui è affidato un ruolo significativo per la promozione della salute e la gestione delle cronicità, soprattutto come presidio e punto di riferimento per promuovere un modello integrato e multidisciplinare di presa in carico), il potenziamento dell’assistenza domiciliare e sulla scelta del domicilio del paziente come setting privilegiato per l’assistenza territoriale, sullo sviluppo della teleme-

“La riforma dell’assistenza territoriale punta a costruire un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, più vicino alle esigenze delle persone e più accessibile per tutti i cittadini. Il nuovo modello è incentrato sui principi dell’integrazione fra ospedale e territorio e dell’assistenza di prossimità”

La Missione 6 del PNRR punta al potenziamento e al riorientamento del SSN, a partire da alcune delle criticità emerse nel corso della emergenza pandemica, in maniera da metterlo in grado di migliorare l’efficacia della risposta ai bisogni di cura e di assistenza dei cittadini. In particolare, la Missione 6 promuove:

- il rafforzamento della prevenzione, della assistenza territoriale e della integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- il miglioramento delle garanzie di accesso alle cure;
- l’ammodernamento della dotazione strutturale del SSN (capitale umano, risorse digitali, strumentali e tecnologiche);

dicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;

2. *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*: questa componente ruota in gran parte intorno alla digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti e l’utilizzo dei sistemi informativi per promuovere anche attraverso questi strumenti una maggiore garanzia dei LEA, il completamento e la diffusione del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso più efficaci sistemi informati-

vi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale. È previsto l'acquisto di grandi apparecchiature ad elevato contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, ecc.).

L'attuazione del PNRR intende perseguire una nuova strategia, sostenuta dalla definizione di un assetto istituzionale e organizzativo condiviso, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi adeguati in linea con i migliori paesi europei.

Non a caso nel PNRR, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale.

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10% riguarda ogni regio-

ionalità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.

Nel PNRR si mira a identificare un "modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari" che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione), a realizzare presso ogni azienda sanitaria locale un "sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale", a attivare 602 Centrali Operative Territoriali, una in ogni Distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Per la realizzazione di tali interventi si prevede l'utilizzo degli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

I professionisti che devono gestire il processo di

“L'integrazione ospedale-territorio è un modello organizzativo che punta a garantire la continuità dell'assistenza sanitaria tra le strutture e i professionisti che operano in ospedale e quelli che agiscono sul territorio, come i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

L'obiettivo principale dell'integrazione ospedale-territorio è quello di fornire un'assistenza sanitaria efficace, efficiente e incentrata sul paziente, riducendo le criticità che si possono verificare nella transizione tra i due contesti assistenziali e migliorando il “patient journey”. Il modello prevede la condivisione di informazioni cliniche e l'adozione di percorsi di cura integrati che coinvolgono sia le strutture ospedaliere che quelle territoriali”

ne italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e attualmente tale standard è raggiunto solo in quattro regioni.

La presa in carico del paziente si dovrebbe realizzare attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative al soggetto in condizioni di bisogno per livello di com-

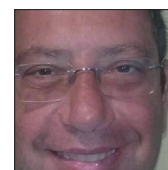
progettazione ed implementazione dei nuovi Distretti ed i percorsi assistenziali nei territori, devono, necessariamente, avere competenza professionale, conoscenza dei principali strumenti del Miglioramento Continuo della Qualità, nozioni di epidemiologia e statistica, nozioni di management, capacità di lavorare in gruppo, leadership ed elevato valore etico.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

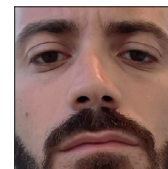
1. <https://www.mur.gov.it/it/pnrr/missione-istruzione-e-ricerca>.
2. <https://www.fiaso.it/il-pnrr-italiano-e-la-missione-6/#:~:text=La%20Missione%20si%20articola%20in,digitalizzazione%20del%20servizio%20sanitario%20nazionale>.
3. https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=99218.
4. <https://www.forumpa.it/sanita/pnrr-e-salute-ecco-cosa-prevede-la-missione-6-opportunita-per-il-sistema-sanitario-nazionale-e-paradigma-one-health/>.
5. <https://www.governo.it/it/approfondimento/le-missioni-e-le-componenti-del-pnrr/16700>.
6. <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute>.
7. <http://www.sossanita.org/wp-content/uploads/2021/04/PNRR-M6-SALUTE.pdf>.
8. Decreto 6 agosto 2021 “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”.

LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici di centrali operative



Domenico
CIMARUSTI



Filippo
DE FALCO

Allo stato attuale non esiste ancora una normativa nazionale di riferimento su come deve essere configurata una centrale operativa in termini di specifiche strutturali (numero, destinazione d'uso e layout/ubicazione dei locali e loro dimensione minima), tecnologiche e impiantistiche.

Comunque, per la realizzazione di nuove centrali e/o l'adeguamento di quelle già presenti sul territorio nazionale, si prendono in considerazione le normative nazionali cogenti, le normative regionali esistenti, principalmente in tema di autorizzazioni e accreditamento, e anche le indicazioni delle società scientifiche di riferimento in modo da avere degli standard minimi di riferimento per la parte strutturale, tecnologica ed impiantistica.

In particolar modo si fa riferimento al disposto normativo in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.) e alle indicazioni INAIL sui Videoterminali, pubblicazione del 2010.

Le Centrali Operative Territoriali (COT) sono un elemento fondamentale per migliorare l'efficacia del livello di cura e assistenza offerto dal Servizio Sanitario Nazionale. Questo perché la gestione delle complessità è fondamentale per garantire una buona qualità dell'assistenza, e l'utilizzo delle tecnologie moderne può fornire un supporto significativo a tale scopo.

Spesso, la difficoltà nel coordinare le diverse équipe assistenziali a livello territoriale è stata un ostacolo rilevante nella fornitura di servizi assistenziali, in particolare a domicilio. Questo ha portato a ricoveri ospedalieri inappropriati, accessi al pronto soccorso evitabili e degenze, non necessarie, in strutture residenziali.

La pandemia da SARS-CoV2/COVID-19 ha reso ancora più urgente la necessità di sviluppare e appli-

care modelli di coordinamento degli interventi efficaci e mirati, che permettano la collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte.

Le Centrali Operative Territoriali, finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e riportate dal D.M. 77/2022, rappresentano un nuovo modello organizzativo innovativo con funzioni di coordinamento sia per l'assistenza integrata e coordinata alla persona, sia per il collegamento tra i vari servizi e professionisti impegnati nei diversi setting assistenziali (territoriale, sanitario, sociosanitario, ospedaliero nonché con la rete dell'emergenza-urgenza). A livello nazionale, esistono già delle Centrali Operative per la gestione delle emergenze, e le COT verranno affiancate per garantire una copertura ancora più ampia del territorio e un servizio più vicino e adeguato alle esigenze degli utenti finali.

Le Centrali Operative possono essere così suddivise:

- Centrali Operative 112 e 118, dedicate alla gestione dell'emergenza-urgenza;
- Centrale Operativa Regionale 116117, che fa riferimento al numero europeo armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti: aiuta i cittadini ad accedere ai servizi sanitari e sociosanitari, fattore ancora critico in molti territori, per via di un ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e al pronto soccorso. La Centrale Operativa Regionale agisce, di norma, su un bacino di utenza di 1-2 milioni di persone, e fornisce informazioni sull'offerta dei servizi territoriali erogati e sulla loro modalità di accesso;
- Centrale Operativa Territoriale di Distretto ha una copertura ancora più capillare del territorio. La COT ha un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti (che corrispondono al Distretto), e coordina i servizi tra utenti, CdC, OdC e altre struttu-

re sociosanitarie sul territorio.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Il DM 77/2022, evidenzia che tale servizio è operativo 24h/24h e sette giorni su sette e prevede la presenza di 8 figure professionali che valuteranno le situazioni a livello multidimensionale ed integrando le competenze di figure diverse tra loro. La composizione e la numerosità del team all'interno delle COT dovrebbe tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Lo standard professionale di una COT prevede:

- 1 Responsabile/Coordinatore Infermieristico;
- 3-5 Infermieri/Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC);
- 1-2 Unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).

In aggiunta alle figure suddette, è possibile integrare con altre professionalità come Infermiere case manager, Medico, Assistente Sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è decisiva ai fini della scelta del setting di destinazione.

Le COT devono essere collocate in una zona a basso rischio idrogeologico e posizionate al di fuori delle zone di sicurezza definiti dai Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Ri-

emergenza.

Per le COT collocate dentro presidi esistenti è possibile prevedere aree funzionali che possono essere utilizzate congiuntamente sia dal personale della Centrale Operativa che dal personale della struttura sanitaria.

Il DM 77/2022 prevede una classificazione delle funzioni operative secondo 2 macro-aree:

- macro-area Centrale Operativa che ospita l'area che comprende la sala operativa e i relativi uffici direzionali e amministrativi;
- macro-area Servizi Generali e Logistici che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area è suddivisa in servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.), servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.) e locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

In relazione ai flussi si predilige la presenza di un unico ingresso.

Se la COT è collocata in un presidio autonomo, basterà un unico accesso; mentre se la COT è collocata all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, si suggerisce di garantire gli accessi in con-

“La pandemia da SARS-CoV2/COVID-19 ha stigmatizzato le criticità della distribuzione e separazione degli spazi negli ambienti di lavoro in termini di grandezze fisiche che possono inficiare, anche considerevolmente, la qualità dell'aria indoor”

levante.

Possono essere posizionate in presidi autonomi a proprio utilizzo esclusivo (edifici di nuova realizzazione o edifici esistenti) oppure ospitate all'interno di una struttura sanitaria già operativa come i nuovi presidi della sanità territoriale (CdC e OdC), RSA, ospedali generali e/o strutture similari.

Comunque, a prescindere dalla collocazione delle COT, necessario garantire un facile accesso alla struttura, nella quale deve essere prevista un'area di parcheggio ad utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di

divisione con la struttura ospitante.

Il dimensionamento della COT può variare rispetto alla tipologia di presidi sanitari in cui viene collocata e dalla loro organizzazione.

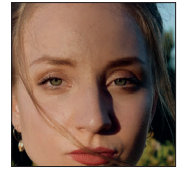
Generalmente per ogni operatore si deve considerare una superficie non inferiore a 7 mq. Questo valore rispetta quanto prescritto dal punto 1.2 dell'allegato IV del D. Lgs. 81/2008 in termini di limite minimo di superficie da garantire a ogni lavoratore. Detto valore (7 mq) è da intendersi al netto dei passaggi laterali di comunicazione per potersi spostare ed evacuare la sala.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

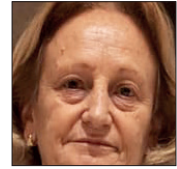
1. AGENAS, I QUADERNI, SUPPLEMENTO ALLA RIVISTA SEMESTRALE MONITOR 2022, “LE CENTRALI OPERATIVE. Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali”.
2. AGENAS, I QUADERNI, SUPPLEMENTO ALLA RIVISTA SEMESTRALE MONITOR 2022, “La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione”.
3. <https://www.politichesanitarie.it/archivio/3840/articoli/38243/>.
4. D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii. Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
5. INAIL “Il Medico Competente e gli Addetti ai Videoterminali”, Edizione 2010).

DIPENDENZA DA SOCIAL MEDIA

Un eccessivo uso dello smartphone tende ad isolarci, allontanarci dalla vita sociale e dalla nostra famiglia, esattamente come succede con le tossico dipendenze. Cosa si nasconde dietro il gesto dello scroll?



Viviana
GRIECO



Maria Concetta
L'ABBATE

L'avvento dei social network ha portato con sé un cambiamento radicale, tutti possono vedere quello che stanno facendo le altre persone in tempo reale, anche dall'altra parte del mondo. L'uso eccessivo degli smartphone è stato associato a una serie di conseguenze negative per gli individui. Alcune di queste conseguenze si riferiscono a molti sintomi di dipendenza comportamentale.

La Fear of Missing Out (FoMO) letteralmente significa "paura di essere tagliati fuori" è un disturbo d'ansia caratterizzato dalla paura di sentirsi sempre un passo indietro rispetto agli altri, rispetto alla vita vissuta dai loro "amici virtuali", rispetto al proprio gruppo di appartenenza.

Una condizione che colpisce, ed è molto diffusa, soprattutto tra i giovani e gli adolescenti. Infatti, il periodo adolescenziale è molto critico e ricco di cambiamenti, i ragazzi cercano supporto e coesione con i loro coetanei.

In questa fascia di età risulta molto importante fare gruppo e questo viene ricercato principalmente nell'accettazione in rete, e grazie all'uso dei social i più giovani possono vedere soddisfatto il proprio bisogno di socializzazione e di appartenenza.

Questo disturbo (ansia da social network) ha visto la sua nascita nell'ultimo decennio, in corrispondenza dell'aumento dell'uso dei social network.

Chi va incontro a questo disturbo sviluppa sconforto, ansia e paura perché avverte la sensazione di poter perdere qualche evento importante e di poter vivere momenti meno divertenti della sua vita.

La sensazione che il soggetto prova scorrendo la bacheca di Instagram o di Facebook o di Internet è quella di notare che alcuni suoi amici stanno parte-

cipando a una festa che sembra sia molto divertente, oppure che hanno trascorso una bellissima giornata al mare, oppure che hanno assistito al concerto più bello della loro vita e che quindi sembra che tutti abbiano una vita più interessante della sua, che invece resta sul divano a scrollare (muovere energicamente) i feed (è il formato dei dati sui social media).

È il flusso costante di contenuti, aggiornamenti e informazioni, che l'utente vede scorrendo la sua pagina dei social sul suo telefono.

Lo scroll è il gesto che tutti facciamo con il dito dall'alto verso il basso per aggiornare il feed dei social media, le pagine home di Facebook e Instagram ne sono un esempio.

Ma non è l'unico gesto che innesca questo particolare impulso. È già capitato a tutti di trovarsi ad aprire in maniera compulsiva l'app di Facebook ed accorgersi solo successivamente di averlo fatto in maniera impulsiva, senza pensarci più di tanto.

Questo succede perché il sistema nervoso centrale ha imparato una nuova via per accedere al rilascio della serotonina (detta anche l'ormone del buonumore) che, non a caso, è carente proprio nel momento in cui si sta attraversando un periodo critico o stressante della propria vita.

Questo disturbo viene rinforzato dall'uso continuo dei social, infatti, le persone passano moltissimo tempo a vedere e collegarsi a Instagram, Facebook, Twitter, a internet e si mettono continuamente in confronto con gli altri. Si rischia di generare così una svalutazione della propria vita e una chiusura in quanto il soggetto si sente inferiore, incapace di apprezzare quello che fa.

Le persone che soffrono di FoMO sviluppano una vera e propria mania di controllo e di essere parte-

cipi del mondo nel quale sono inseriti.

La FoMO che deriva dai social media ha origini più profonde, è connessa con il tipo di società in cui viviamo e, a volte, può diventare un problema.

Ogni persona, oggi, utilizza in modo più o meno consapevole gli smartphone e i social media.

Qualcuno li considera un piacevole momento di svago, altri uno strumento di informazione, altri un modo per “restare connesso” con le persone care. Infatti, i social media, se utilizzati in modo consapevole e responsabile, possono essere utili come veicolo di messaggi sociali importanti a restare in contatto con amicizie lontane, però il loro uso massiccio e incontrollato, può portare alla dipendenza dai social.

Tra le conseguenze problematiche dell'uso dei social la FoMO sta diventando un problema, in particolare fra giovani e adolescenti, tanto da essere diventato oggetto di studi in ambito psicologico e classificata come una nuova forma di ansia.

Secondo alcune ricerche, la FoMO coinvolge principalmente due componenti:

- L'ansia che gli altri possano avere delle esperienze piacevoli e gratificanti dalle quali si è assenti (un esempio è il pensare continuamente Cosa stanno facendo i miei amici? Si stanno divertendo senza di me?)
- Il desiderio di essere costantemente in contatto con gli altri attraverso i social network (in risposta all'ansia si reagisce controllando compulsivamente lo smartphone per vedere cosa stanno facendo le altre persone, interrompendo continuamente l'attività che si sta svolgendo).

Tra i sintomi principali della FoMO si evidenziano in particolar modo:

- Un utilizzo eccessivo dei social media, che può portare a una dipendenza comportamentale;
- Sentimento di rabbia e frustrazione quando ascoltiamo il racconto di un evento a cui siamo mancati;
- Il timore di non vivere una vita piena e provare invidia verso chi, secondo noi, non ha ansia e preoccupazione;
- Il bisogno di condividere tutte le esperienze e le attività sui social media.

La dipendenza da smartphone è simile alla maggior parte dei disturbi che creano dipendenza, ma il fatto

che uno smartphone sia piccolo, facilmente gestibile e portatile rende i rischi più insidiosi e pervasivi.

Nelle persone che mostrano un uso eccessivo dello smartphone, la restrizione dello smartphone potrebbe provocare effetti negativi per alcuni individui. Questi effetti negativi possono essere considerati sintomi di astinenza tradizionalmente associati a dipendenze da sostanze.

Ci sono diverse scale standardizzate per effettuare una valutazione, tra cui:

- Smartphone addiction scale-short version (SAS-SV);
- Fear of missing out scale (FoMOs);
- Procrastination scale;
- Psychological General Well-Being Index (PGWBI).

Tra i possibili rimedi, possiamo individuare alcuni consigli pratici per provare ad affrontare la fear of missing out:

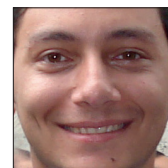
- Prendersi una pausa dai social: scegliere volontariamente di lasciare il telefono spento in un orario specifico della giornata;
- Focalizzarsi su di sé: invece di cercare il confronto con quello che fanno gli altri, concentrarsi sulle cose importanti per sé e che piacciono, in modo da scegliere solo fra le attività veramente rilevanti;
- Fare una pausa con un'attività piacevole: interrompere il flusso di pensieri intrusivi facendo attività come ascoltare la musica o fare esercizio fisico;
- Praticare la gratitudine: pensare alle cose che piacciono della propria vita e di cui si è grati.
- Coltivare la consapevolezza: vivere nel presente è un buon esercizio se si tende a viaggiare altrove con la mente;
- Cambiare la prospettiva. Dietro alla FoMO si cela un paradosso: per via della paura di perdersi delle esperienze, si rischia di passare il tempo a guardare quello che fanno gli altri senza vivere appieno quello che si fa. Magari la serata a cui non si sta partecipando è veramente divertente, ma continuare a pensarci e guardarne le foto compulsivamente impedisce al tempo stesso di godersi la tranquilla serata che è stata organizzata. In altre parole, si perde non una, ma due esperienze.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

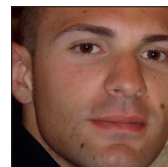
1. <https://www.psicologiadellavoro.org/strumenti-per-misurare-il-benessere-psicologico-pgwbi/>.
2. <http://www.salutementaledonna.it/pgwbi.pdf>.
3. <https://www.bruneau.it/it/mag/perche-il-fobo-potrebbe-essere-un-problema-per-il-tuo-lavoro#:~:text=e%20il%20lavoro-,Si%20chiama%20FOBO%2C%20acronimo%20di%20E%20%9Cfear%20of%20better%20options%20%9D,da%20prendere%20ogni%20giorno%20al>.
4. <https://www.ilsole24ore.com/art/italiani-estero-revenge-travel-e-fomo-AEBckUUC>.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9223448/>.

LE NOVITÀ DEL T.U. SICUREZZA

Nomina e attribuzione di funzioni di “Preposto” (art. 18, comma 1 lettera b-bis e art. 19 del D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.)



Michele
FIGHERA



Vincenzo
INGLESE

In tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro la legge 215/2021 introduce alcune novità che riguardano i rapporti tra datore di lavoro, dirigente e preposto. Detta legge, integrando con la lettera b-bis l’art. 18 (obblighi del datore di lavoro e del dirigente) rivede e prevede di individuare i “Preposti” per effettuare le attività di vigilanza di cui all’art.19 del T.U. 81/2008 per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. La legge 215/2021, inoltre, riforma la figura del “Preposto” attribuendogli maggiori compiti e responsabilità.

L’art. 2 lettera “e” del T.U. in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro (D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.) da una precisa definizione di “Preposto”. Il ruolo del preposto corrisponde generalmente con il ruolo di capo-squadra, capo-reparto, capo-cantiere, ecc. I compiti, le funzioni del “Preposto” rientrano in un ruolo essenziale nell’ambito della sicurezza sui luoghi di lavoro considerando che collabora e che affianca, in particolar modo, il datore di lavoro ed il dirigente della sicurezza, assumendo, un ruolo di controllore, un ruolo di vigilante durante l’effettuazione delle attività lavorative dei lavoratori. In capo al “Preposto” vi è anche un potere di iniziativa, potere che gli permette una certa autonomia finalizzata al potersi attivare autonomamente proprio al fine di attuare e di far rispettare di conseguenza le norme a tutela della sicurezza sui luoghi di lavoro da parte dei lavoratori, assumendo egli stesso la veste, nell’ambito delle proprie funzioni e delle proprie competenze, di garante della sicurezza. La normativa vigente prevede, per il “Preposto”, quale titolare iure proprio di doveri rilevanti ai fini della prevenzione nonché destinatario dell’osservanza dei precetti antinfortunistici, in caso di inadempienze, san-

zioni per la violazione dell’art. 19 del D. Lgs 81/2008 (Art. 19, co. 1, lettera a), c), e) f) ed f-bis: arresto fino a due mesi o ammenda da € 491,40 a € 1.474,21 (art. 56, co. 1, lett. a); Art. 19, co. 1, lettera b), d) e g): arresto fino a un mese o ammenda da € 245,70 a € 982,81 (art. 56, co. 1, lett. b).

Comunque, nell’ottica di attuare un efficace modello organizzativo di gestione della sicurezza e salute sul lavoro, è necessario, per lo svolgimento di funzioni di “Preposto”, che il datore di lavoro faccia frequentare al “Preposto” il corso di formazione specifica della durata di almeno 8 ore al fine di far acquisire le informazioni necessarie e le tecniche per svolgere al meglio il ruolo di preposto in azienda, che metta a disposizione del “Preposto” mezzi e tempi adeguati e che non subisca alcun tipo di pregiudizio alcuno a causa dello svolgimento della propria attività. Dal punto di vista del diritto penale ai “Preposti” la legge attribuisce l’obbligo di vigilare sulla corretta osservanza da parte dei lavoratori delle misure e procedure di sicurezza predisposte dai vertici aziendali (e riferire ad essi sulle carenze delle misure di prevenzione riscontrate nei luoghi di lavoro); il “Preposto”, “privo del potere di predisporre mezzi e strutture, svolge compiti di controllo e sorveglianza, con corrispettivi poteri organizzativi e disciplinari”, ed è responsabile, tra l’altro:

- dell’attuazione delle misure di sicurezza decise dal datore di lavoro ed organizzate dai dirigenti per il concreto svolgimento dell’attività;
- di rendere edotti i lavoratori dei rischi cui sono soggetti;
- di vigilare sull’uso dei dispositivi di sicurezza individuali;
- di verificare se, nelle fasi lavorative, si presentano rischi imprevisti e prende le opportune cautele;

- di coinvolgere in maniera diretta e penalmente sanzionata gli stessi lavoratori che sono direttamente responsabili della sicurezza propria e delle altre persone presenti sul luogo di lavoro conformemente alla formazione, alle istruzioni e ai mezzi loro forniti dal datore di lavoro.

Il “Preposto” condivide con il datore di lavoro, ma con sfumature diverse secondo le sue reali mansioni, oneri e responsabilità inerenti soltanto agli obblighi di sorveglianza, per cui egli non è tenuto a predisporre i mezzi antinfortunistici, essendo questo un obbligo esclusivo del datore di lavoro,

ma deve invece vigilare affinché gli ordini vengano regolarmente eseguiti.

Il “Preposto”, nominato dal Datore di Lavoro, è una figura chiave nel Sistema di Gestione della Sicurezza in aziende grandi e complesse. Una figura di cui la legge delinea con precisione doveri e compiti, con le conseguenti sanzioni.

Si tratta, quindi, di una figura pienamente inserita nel Sistema di Gestione della Sicurezza, vero e proprio anello di congiunzione tra il Dirigente ed il Lavoratore. Come ogni soggetto della sicurezza il “Preposto” per poter adempiere efficacemente ai propri obblighi il “Preposto” deve essere stato adeguatamente formato.

La formazione del “Preposto” è disciplinata all’interno dell’Accordo Stato Regioni del 21/12/2011, che richiede che questi segua innanzitutto i corsi di Formazione Generale e Formazione Specifica rivolti ai lavoratori. A questa formazione, cui non è esonerato, il “Preposto” deve seguire un corso specifico in relazione ai compiti esercitati in materia di salute e sicurezza sul lavoro, corso che prende il nome di

Formazione Particolare Aggiuntiva per il “Preposto” (punto 5 dell’Accordo Stato Regioni del 21/12/2011). La durata minima di questo modulo integrativo per il “Preposto” è di almeno 8 ore. Il “Preposto” ha il compito fondamentale e preziosissimo di verificare la concreta attuazione delle procedure comportamentali stabilite dal datore di lavoro, tese alla protezione dei “lavoratori” e alla prevenzione dei rischi presenti negli ambienti di lavoro. Non accettare l’incarico di “Preposto” al fine di evitare le responsabilità conseguenti, significa che il lavoratore non può

Se non si gestisce la sicurezza,
l’infortunio di un dipendente può rappresentare
un pesante impatto col sistema penale (art. 589/590 c.p.)

Omicidio colposo
Lesioni personali colpose

- Per le norme prevenzionistiche (penali) la responsabilità del DdL si somma a quella dei Dirigenti
- In assenza di chiara definizione degli ambiti di competenza o di deleghe “ne rispondono” entrambi
- L’art. 299 del D. Lgs. 81/2008 e 106/09 riconosce il **principio di effettività**

↓

“Le posizioni di garanzia relative ai soggetti di cui all’art. 2, comma 1, lettere b), d), e), gravano altresì su colui il quale, pur sprovvisto di regolare investitura, eserciti in concreto i poteri giuridici riferiti a ciascuno dei soggetti ivi definiti”

continuare ad operare nella mansione che presenti attività di coordinamento e direzione di altri lavoratori.

Come il Preposto deve esercitare tutte le funzioni previste dal disposto normativo in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro deve trovare concreta e rapida definizione nelle procedure aziendali, che sono parti fondamentali del Sistema di Sicurezza di Gestione della Sicurezza sul Lavoro.

Sistema che ha nel Modello di Gestione indicato all’art. 2 e nel Modello di Organizzazione e di Gestione (art 30 del D. Lgs. n. 81/2008) il riferimento costante ai fini della prevenzione dei reati di cui agli articoli 589 e 590 del Codice Penale, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela della salute sul lavoro.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=27769:bald14322&catid=132&Itemid=128.
2. https://dsv.units.it/sites/dsv.units.it/files/Manuale_Preposti_NEW.pdf.
3. <https://www.puntosicuro.it/preposti-C-74/il-ruolo-del-preposto-nella-sicurezza-sul-lavoro-AR-16610/>.
4. <https://www.innovaformazione.it/preposto-significato/>.
5. <https://www.soterikon.it/approfondimenti/le-figure-della-sicurezza-in-azienda-il-preposto-iNews2-127.php>.
6. <https://www.assolombardaservizi.it/formazione-a-catalogo/corsi-di-aggiornamento-per-rspp-e-aspp-dirigenti-e-preposti-datori-di-lavoro-salute-e-sicurezza-sul-lavoro/il-preposto-leader-nella-prevenzione-8-ore-aggiornamento-per-rspp-e-aspp-dirigenti-e-preposti-datori-di-lavoro/>.
7. 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”.
8. D. Lgs n. 81 del 9 aprile 2008, “Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”.

SISTEMA AZIENDALE DI PREVENZIONE

Sicurezza del lavoro e organizzazione aziendale prevista dalle norme sulla sicurezza nei luoghi di lavoro



Chiara
PERNIOLA



Alessia
LABATE

Quando si verifica un evento infortunistico di una certa importanza, tutti diventano difensori, tutti si interessano, tutti chiedono regole più rigorose, tutti diventano esperti, tutti ripetono il solito ritornello “mai più”, tutti invocano il rispetto della legalità, i vincoli morali, i principi etici, tutti parlano di salute e sicurezza sul lavoro.

L'argomento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro è senza dubbio una delle tematiche aziendali più difficili da trattare, decisamente obbligatoria, eppure superficialmente applicata e da sempre ampiamente trasgredita;

Fino a quando non si verificano incidenti gravi, tutti, o quasi, dimenticano le sue regole i suoi principi. Le misure precauzionali, da rispettare quotidianamente in azienda, spesso, vengono viste come un inutile ostacolo alle attività produttive, con fastidio o, nella migliore delle ipotesi, con sufficienza. Questo tipico atteggiamento è il sintomo visibile che la materia della salute e della sicurezza sul lavoro non è ancora pienamente entrata nella cultura manageriale dell'organizzazione aziendale. Fondamentalmente è materia fuori dai processi decisionali di vertice, spesso relegata in una organizzazione parallela (il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale). L'azienda, spesso, considera la materia della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro (prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali), come un corpo estraneo, qualcosa a cui adattarsi obbligatoriamente, qualcosa da comporre appositamente, ma non qualcosa da cercare dentro la propria governance, dentro le proprie funzioni, i propri processi, la propria cultura.

Possiamo definire l'azienda come un sistema tecnico-sociale nel quale vi è un mix di risorse umane e mezzi strumentali. Il processo, dinamico e sinergi-

co, diretto a definire gli obiettivi per la realizzazione di risultati attesi, attraverso il quale risorse umane e risorse tecnologiche interagiscono tra loro, rappresenta l'attività aziendale. La struttura organizzativa aziendale consiste, normalmente, di processi di linea e di funzioni di staff. Il vertice strategico è il centro decisionale dell'azienda determina la struttura organizzativa, pianifica e indirizza l'attività di produzione, di beni o servizi, investe risorse, determina le condizioni di esercizio dei processi produttivi e delle condizioni di lavoro. La linea produttiva è rappresentata da due o tre livelli di responsabilità gerarchica di comando (middle e line management) e dal nucleo operativo: il primo livello, dotato di potere gestionale-decisionale, riporta direttamente al vertice strategico, il secondo livello (responsabile di unità operativa, di area o distretto), dotato di potere organizzativo-operativo, riporta al primo; il terzo livello, dotato di poteri di coordinamento operativo e di controllo esecutivo (capo reparto, capo turno, capo squadra, capo ufficio) sul nucleo operativo, ossia sugli addetti, riporta al primo o al secondo.

La normativa, più recente e moderna, a tutela del lavoro, della salute e della sicurezza dei lavoratori, è fondata sul binomio azienda-organizzazione che si fonda sull'individuazione sistemica degli incarichi funzionali in base alla definizione dei processi aziendali, alla divisione del lavoro, secondo le specializzazioni professionali, e quindi vengono individuati i ruoli dell'organizzazione aziendale che devono, proceduralmente, provvedere all'attuazione delle misure di sicurezza e salute sul lavoro.

Infatti, in base all'art. 15, in particolare la lett. b del comma 1 e alle definizioni di cui all'art. 2, lett. b, c, d ed e, del d. lgs. n. 81/2008, è possibile individuare il referente comune della nuova legislazione antinfortunistico-prevenzionale, proprio nell'organizzazione

intesa come il complesso della struttura di uomini e mezzi organizzata dal datore di lavoro nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività lavorativa (indipendentemente dal tipo di azienda, dal settore produttivo e dalla tipologia formale del contratto di lavoro). Conseguentemente, attraverso il conferimento di compiti gestionali, organizzativi, di controllo operativo e di esecuzione del lavoro, si costituiscono, secondo la legge, le posizioni di garanzia di datore di lavoro (con la facoltà, parziale, di delega e subdelega), di dirigente, di preposto (espressamente individuate dal legislatore all'art. 299 del d. lgs. n. 81/2008) e di lavoratore (art. 20 del T.U.), ovvero la ripartizione soggettiva gerarchico-funzionale del dovere di sicurezza e della relativa responsabilità antinfortunistica. Il coordinamento delle attività svolte in considerazione del ruolo aziendale ricoperto da ciascun prestatore per la realizzazione dei risultati attesi in materia di salute e sicurezza, si realizza attraverso la predisposizione di atti decisionali e di specifica documentazione: la rilevazione e l'analisi dei pericoli, la valutazione e l'aggiornamento dei fattori di rischio a cui sono esposti i lavoratori e l'elaborazione di un apposito documento contenente le misure per eliminarli o quantomeno ridurli, la previsione documentata degli atti di delega (e di subdelega) di funzioni, la documentazione relativa ai contratti d'appalto, d'opera e di fornitura di beni e servizi interni all'azienda, la definizione delle procedure di lavoro e delle istruzioni operative, l'erogazione delle attività di informazione, formazione ed addestramento e, soprattutto, la creazione e l'attuazione di un sistema di gestione e di controllo degli adempimenti di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, secondo un modello culturale di politica della sicurezza. Il dovere di tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, essendo posto in capo a più soggetti, costituisce un vincolo "condiviso e concorrente". Infatti gli obblighi connessi all'individuazione, alla gestione, all'attuazione ed alla verifica delle misure di sicurezza e di salute si rivolgono, in ragione delle rispettive attribuzioni e competenze, ossia in forza del ruolo organizzativo impersonato da ciascun collaboratore del datore di lavoro, ai componenti dell'intera struttura gerarchico-funzionale dell'azienda. I soggetti obbligati agli adempimenti delle misure di sicurezza e salute sul lavoro espressamente disciplinati dal legislatore, sono il datore di lavoro, il dirigente, il pre-

posto, il lavoratore, ed i primi 3 (datore di lavoro, dirigenti, preposti) vengono identificati come garanti e responsabili della prevenzione e protezione dell'integrità fisica e morale a titolo originario e fissa a carico di ciascuno di questi garanti poteri e doveri in materia di salute e sicurezza, il cui mancato rispetto è penalmente sanzionato. In pratica, la tecnica del reato proprio applicata al diritto penale del lavoro comporta che i soggetti individuati come debitori della sicurezza e della salute devono garantire tutte le necessarie misure di sicurezza e vigilare sul loro rispetto, a pena di sanzione per contravvenzione, in quanto titolari di una posizione di garanzia, che non consente loro di esimersi dalle responsabilità connesse a tale posizione. In tema di infortuni sul lavoro, l'accertamento della qualità di destinatario delle norme va condotto in concreto alle mansioni svolte, alla specifica sfera di responsabilità attribuita" (Cass. pen., 8 novembre 2007, n. 47173).

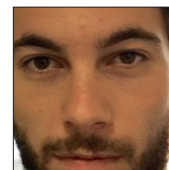
Le posizioni soggettive di garanzia in materia di sicurezza sul lavoro derivano dagli incarichi ricevuti, dai compiti lavorativi eseguiti, dal ruolo aziendale svolto. L'obbligo di sicurezza, discende dalla innovativa previsione di cui all'art. 299 del T.U., secondo la quale le posizioni di garanzia relative ai soggetti definiti all'art. 2, comma 1, lettere b, d ed e, ovvero, il datore di lavoro, il dirigente e il preposto, gravano altresì su colui il quale, pur sprovvisto di regolare investitura, eserciti in concreto, ovvero di fatto, i poteri giuridici riferiti a ciascuno dei soggetti così definiti e individuati, poiché esercitano concretamente prerogative decisionali datoriali, poteri gerarchico-funzionali di direzione e organizzazione, attribuzioni di preposizione esecutiva e di controllo.

Un'organizzazione aziendale efficace ed efficiente si traduce in un sistema gestionale unitario, funzionale, sicuro e salubre, capace di garantire il rispetto delle persone e delle regole. L'attività d'azienda deve mirare alla soddisfazione dei lavoratori considerando la retribuzione, la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, offrendo loro un ambiente di lavoro confortevole e sano, garantendo la possibilità di conciliare lavoro e vita privata, le legittime aspettative di miglioramento economico, nonché l'opportunità di crescere anche professionalmente e culturalmente, infatti la soddisfazione dei dipendenti riduce il turnover e la litigiosità, li fidelizza alla struttura e, di conseguenza, valorizza l'azienda.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://olympus.uniurb.it/>.
2. https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=5874&Itemid=125.
3. I WORKING PAPERS DI OLYMPUS, 28/2013, Francesco Bacchini, Sicurezza (del lavoro) e organizzazione (aziendale).
4. D. Lgs n. 81 del 9 aprile 2008, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
5. 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".

GLI INTERVENTI CARDIOCHIRURGICI PIÙ FREQUENTI



Alessandro
VERNICE

La Cardiocirurgia è una branca della medicina che si occupa della chirurgia del cuore e dei vasi sanguigni ad esso collegati.

Nuove scoperte della fisiopatologia cardiaca e continue innovazioni tecnologiche hanno permesso di ottenere nel giro di pochi decenni risultati chirurgici eccezionali nella correzione sia delle cardiopatie congenite sia delle cardiopatie acquisite. Gli interventi cardiocirurgici più frequenti, eseguiti nell'adulto, consistono in:

- sostituzione (con protesi biologiche o meccaniche) o riparazione delle valvole cardiache (aortica, mitralica, tricuspidalica, raramente la valvola polmonare) in seguito a malattie infettive (endocardite), congenite (es. bicuspidia aortica) o degenerative (malattia reumatica, collagenopatie, calcificazioni);
- sostituzione protesica dell'aorta ascendente e dell'arco aortico (o applicazione di stent all'interno di essi) per aneurismi o dissecazioni;
- bypass coronarici con utilizzo di condotti arteriosi (arterie mammarie, radiali, epigastriche, gastroepiploica, quadricipite femorale) o venosi (vena safena);
- exeresi di tumori, in genere mixomi atriali;
- ablazione di aritmie complesse, in genere fibrillazione atriale;
- trapianti di cuore.

L'Infermiere Strumentista è una figura professionale fondamentale. Allo Strumentista è richiesta un'approfondita conoscenza anatomica del distretto cardiaco ed un'accurata preparazione alla strumentazione idonea al tipo di accesso chirurgico da eseguire. I diversi accessi chirurgici variano a seconda della patologia cardiovascolare da trattare: si può ricorrere alla chirurgia mini-invasiva in caso di trattamento della Valvola Aortica, Valvola Mitralica e Valvola Tricuspidalica oppure ricorrere alla Chirurgia Tradizionale in Sternotomia mediana in caso di trattamento di By Pass aorto-coronarici o procedure nel quale è richiesta la massima esposizione car-

diaca possibile. Durante l'intervento Cardiocirurgico può essere indispensabile l'uso della Circolazione Extracorporea. Si tratta in generale di una sorta di terza circolazione che funziona artificialmente durante l'intervento chirurgico aspirando il sangue prima che arrivi al cuore destro convogliandolo attraverso cannule e tubi in un ossigenatore e reimmettendolo poi nel sistema arterioso del paziente. Le cannule utilizzate in circolazione extracorporea, sono tubi in materiale polimerico. Sono progettate in modo da far circolare il sangue con il minimo grado di turbolenza e devono anche essere sufficientemente robuste per evitare che si pieghino o collabiscano ma, allo stesso tempo, devono essere flessibili per essere maneggiate facilmente.

Lo strumentista ha il compito di interagire con il Tecnico di perfusione e di preparare sterilmente sul campo operatorio tutti quei Device indispensabili per l'utilizzo della Circolazione ExtraCorporea verificandone l'integrità e il loro idoneo utilizzo. A seconda del tipo di intervento e approccio chirurgico lo Strumentista è responsabile della presenza sul tavolo operatorio dei dispositivi biomedicali e della preparazione degli stessi. Un altro paragrafo importante è quello della preparazione delle protesi valvolari cardiache, in caso di riparazione o sostituzione delle stesse, che a seconda del materiale con cui vengono prodotte, devono essere gestite e preparate in diverso modo. Le tipologie di protesi valvolari sono molteplici e possiamo riassumerle così: Protesi Valvolari Biologiche (Suina o Bovina) e Protesi Valvolari Meccaniche (Artificiale). Nei casi di impianto di Protesi Valvolare Biologica l'infermiere strumentista eseguirà un lavaggio di durata variabile (a seconda del tipo di protesi scelta dal Cardiocirurgo) in più bacinelle di acqua pulita in modo da eliminare totalmente la presenza di Formaldeide presente nei contenitori delle protesi. In caso di impianto di Protesi Meccanica non vi è necessità di eseguire alcun lavaggio e la protesi potrà essere impiantata immediatamente dal Cardiocirurgo.

DE-ESCALATION VERBALE IN CASO DI VIOLENZA SU INFERMIERI E OPERATORI SANITARI



Antonella
PERRUCCI

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari come gli infermieri possono essere esposti al rischio di subire un'esperienza di aggressione e violenza gestendo rapporti caratterizzati da forte emotività, sia da parte del paziente che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo.

La Raccomandazione n. 8 del 2007 è il primo atto italiano di livello governativo in cui si prende coscienza degli episodi di violenza, verbale e/o fisica, a danno degli operatori sanitari e in cui si danno indicazioni metodologiche ed operative per affrontare il problema. Gli episodi di violenza sono considerati eventi sentinella, segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. La loro rilevazione e il monitoraggio è fondamentale per conoscere e quantificare il fenomeno. Il comportamento violento avviene secondo una progressione che può arrivare fino a gesti estremi quali l'omicidio: uso di espressioni verbali aggressive, impiego di gesti violenti, minaccia, spinta, contatto fisico, uso di arma, lesione e/o morte. Definiamo "aggressione" un'azione violenta di una o più persone nei confronti di altre persone, che può racchiudere gli elementi costitutivi di diverse figure di reato, a seconda di modalità e mezzi con cui viene esercitata, dell'evento verificatosi o del fine cui è diretta. Definiamo "minacce" l'espressione del proposito di arrecare danno. Comprendono minacce verbali, atteggiamenti corporali minacciosi e minacce scritte.

I comportamenti aggressivi avvengono con maggiore frequenza nei servizi di emergenza/urgenza; dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche; luoghi/sale d'attesa; servizi di continuità as-

sistenziale. Quando una situazione potenzialmente violenta rischia di scoppiare, e non ci si trova sotto la minaccia di armi, è appropriato tentare una de-escalation verbale. L'unico obiettivo nella de-escalation è ridurre il livello della tensione in modo che il dialogo diventi possibile.

Tecniche di de-escalation verbale

Sono tre gli aspetti da padroneggiare:

1) *Controllo di sé*

- apparire calmo, centrato e sicuro;
- usare un tono di voce modulato, basso e monotono;
- non stare sulla difensiva: anche se i commenti o gli insulti sono diretti al professionista, essi non lo riguardano personalmente;
- avere in mente quali sono le possibili azioni da adottare per mettersi in salvo;
- essere consapevoli che un individuo agitato è sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto: l'obiettivo è che la persona sappia che l'aggressività non è necessaria per essere rispettati.

2) *La posizione fisica*

- non dare le spalle e mantenere una posizione "ad angolo";
- incoraggiare la persona a stare seduta. In caso contrario, anche il professionista è opportuno stia in piedi;
- mantenere una distanza maggiore del solito: rabbia e agitazione "riempiono" lo spazio fra due persone;
- non mantenere un continuo contatto visivo: permettere alla persona di interrompere questo tipo di contatto;
- non puntare né scuotere il dito gesticolando;
- non sorridere: può sembrare che ci si prenda gioco della persona e/o che sia una dimo-

- zione di ansia;
- non toccare la persona: la distorsione cognitiva nelle persone agitate porta a fraintendere il contatto;
- non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi. Ciò comunica anche che non si hanno armi.

3) *La de-escalation verbale*

- parlare con calma, non provare a parlare sopra una persona che sta urlando;
- rispondere alle domande in modo selettivo e con un contenuto informativo, non importa quanto aggressivamente siano state poste, come: “Perché devo compilare questi moduli di m...?”;
- non rispondere a domande tendenziose, come “Perché tutti gli infermieri sono dei ...?”
- spiegare i limiti, ruoli e le conseguenze dei comportamenti in modo autorevole, fermo, ma sempre con un tono rispettoso e senza rabbia e minacce;
- mostrare empatia con i sentimenti, ma non con il comportamento. Ad esempio: “Capisco che lei abbia tutti i motivi per essere arrabbiato, ma non va bene che lei minacci me o il mio staff“;
- non fare domande sui sentimenti della persona e non interpretarli in modo analitico;
- non argomentare o provare a convincere;
- entrare in contatto, quando possibile, col livello cognitivo della persona; ad esempio, non chiedere “Mi dica come si sente“, ma piuttosto “Mi aiuti a capire quello che lei vuole dirmi“; le persone non aggrediscono mentre stanno spiegando ciò che vogliono si sappia;
- suggerire comportamenti alternativi. Ad esempio: “Le va di prendersi un bicchiere d’acqua?“;
- illustrare i controlli esterni come istituzionali anziché personali;
- se il professionista valuta o sente – e ciò avverrà nel giro di due tre minuti – che la de-escalation non sta funzionando, deve assolutamente fermarsi.

Ulteriori Accorgimenti durante la de escalation.

In generale, è sempre buona norma:

- non lasciare incustoditi oggetti potenzialmente pericolosi;
- non rimanere solo con una persona potenzialmente violenta, prevedere la presenza di un mediatore culturale se possibile, mantenere sempre una via di fuga;
- non consentire alla persona potenzialmente violenta di bloccare la via di fuga.

Se la de-escalation verbale non funziona il professionista deve:

- chiedere alla persona di andarsene, accompagnarla alla porta, chiedere aiuto o allontanarsi;
- chiamare le Forze dell’Ordine;
- evitare qualsiasi comportamento “eroico“, né iniziare la de-escalation se la persona è armata: in questo caso, semplicemente assecondarlo.

Se la situazione non si risolve velocemente:

- allontanarsi;
- chiamare la sicurezza e fornire tutte le notizie utili per facilitare le indagini;
- chiamare in aiuto i colleghi;
- riferire qualsiasi atto di violenza a chi di competenza.

Esistono molteplici tecniche che permettono al professionista di affrontare una emergenza conflittuale



con l’utente che si ha di fronte, e di creare un contesto idoneo al dialogo e alla risoluzione. Concedi il tempo per riflettere. Puoi crederci o meno, ma il silenzio è un forte strumento di comunicazione. Il silenzio permette alla persona di riflettere sul quello che sta succedendo e di decidere come proseguire. Concedi il tempo per decidere. Lo stress di una persona aumenta quando è messa sotto pressione. Le persone turbate o agitate non hanno la capacità di pensare chiaramente, dagli il tempo di pensare un momento a quello che hai detto.

IL POTERE DELLA FORMAZIONE....

Percorsi formativi strutturati e mirati consentono ai lavoratori di mantenere il passo con i tempi, in un mondo lavorativo in continua e rapida evoluzione

I rischi occupazionali non potranno mai essere del tutto eliminati, né con accorgimenti tecnologici, né tantomeno con normative più che esaustive, quindi, attuare percorsi di *Formazione* in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro rappresenta un passaggio necessario ai fini dell'acquisizione delle competenze necessarie per la realizzazione di una cultura organizzativa "sicura" e per la prevenzione dei rischi occupazionali e la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, che possono essere ridotti, in modo significativo, solo attuando precise norme di comportamento che solo una continua attività di *Informazione, Formazione e Addestramento* può garantire.

Il Datore di Lavoro è tenuto ad assolvere nell'ambito della sicurezza e salute sul lavoro, all'obbligo di *Informazione, Formazione e Addestramento* (artt. 18 lettera "l", 36 e 37 del D. Lgs. 81/2008).

L'art. 55 comma 5 lett. "c" prevede la sanzione dell'arresto o dell'ammenda per la violazione dell'art. 36, commi 1 e 2, e dell'art. 37, commi 1, 7, 9 e 10 del Testo Unico.

Tutti i *lavoratori* devono essere messi al corrente, dal Datore di Lavoro, sui rischi che corrono nell'ambiente lavorativo e dei corretti comportamenti da adottare. Le attività di *Informazione, di Formazione e di Addestramento* sono strettamente complementari ed integrandosi tra di loro, *assicurano il miglioramento delle attitudini dei lavoratori nella percezione del rischio e nell'adozione di corretti comportamenti in materia di sicurezza.*

Le difese??? → Sapere è potere!!!

Per proteggere la salute dei lavoratori,
un vasto patrimonio normativo è a disposizione
dei **Datori di Lavoro** e dei **Lavoratori**
ma esige di essere messo in pratica

$$R = \frac{P \times D}{K}$$

R: Rischio **P: Probabilità** **D: Danno/Gravità/Magnitudo**
K: Informazione, Formazione, Addestramento, Organizzazione del lavoro