



GLI INFERMIERI E LA SANITÀ DIGITALE

EDITORIALE

Gli Infermieri
e la Sanità
digitale

PRIMO PIANO

La Sanità prima
vittima dell'autonomia
differenziata

SICUREZZA E BENESSERE

Lavoratori neoassunti.
Formazione
obbligatoria

IN FORMAZIONE

Distopia della
professione
infermieristica



OPI

Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane - Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari - Anno XXXII - N° 4/5/6/7 aprile/maggio/giugno/luglio 2024 - 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 1 agosto 2024

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

Cristina Calabrese, Saverio Campanella, Giorgia Chetta,
Maria Colapinto, Domenico Denticò, Liana Libera Diana,
Angela Falcicchio, Michele Fighera, Vincenzo Inglese,
Alessia Labate, Raffaele Manzari, Valentina Masino,
Chiara Perniola, Maria Romanazzi, Alessia Segala,
Maurizio Tarantolo, Roberta Visaggio

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.

SOMMARIO

EDITORIALE

3 GLI INFERMIERI E LA SANITÀ DIGITALE

Saverio **ANDREULA**

PRIMO PIANO

6 PIEMONTESE: "LA SANITA' PRIMA VITTIMA DELL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA"

Salvatore **PETRAROLO**

9 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: PUGLIA IN RITARDO

Salvatore **PETRAROLO**

11 INFERMIERE DI FAMIGLIA. AL VIA IL PROGETTO IN PUGLIA

Salvatore **PETRAROLO**

PROFESSIONE IN AZIONE

12 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ ORA A TUTTA VELOCITÀ

Elena **GUGLIELMI**

15 INNOVAZIONE ED EMPATIA: IL VALORE DELLA COMUNICAZIONE

Giorgia **CHETTA**, Maurizio **TARANTOLO**

18 COMUNICARE PER CURARE: STRUMENTI E STRATEGIE PER INFERMIERI DI SUCCESSO

Michele **FIGHERA**, Angela **FALCICCHIO**

20 L'ECMO (EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION) IN EPOCA NEONATALE

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

23 LE DIPENDENZE DERIVANTI DALLA NUOVA TECNOLOGIA

Maria **ROMANAZZI**, Saverio **CAMPANELLA**

25 LA SINDROME DEL BAMBINO SCOSSO

Cristina **CALABRESE**, Roberta **VISAGGIO**

28 LE REGIONI E L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA

Maria **COLAPINTO**, Chiara **PERNIOLA**

RICERCA INFERMIERISTICA

30 NUOVE FRONTIERE DELLA MINDFULNESS

Alessia **SEGALA**, Valentina **MASINO**

SICUREZZA E BENESSERE

33 LAVORATORI NEOASSUNTI: FORMAZIONE OBBLIGATORIA

Angela **SARDELLA**

IN FORMAZIONE

36 SICUREZZA INFORMATICA E TUTELA DEI DATI PERSONALI

Alessia **LABATE**, Vincenzo **INGLESE**

38 DISTOPIA DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Liana Libera **DIANA**, Angela **SARDELLA**

GLI INFERMIERI E LA SANITÀ DIGITALE

Gli infermieri sono protagonisti nella sanità digitale svolgendo un ruolo fondamentale nel migliorare la qualità, l'efficienza, l'accessibilità delle cure sanitarie, la salute e l'assistenza sanitaria



Saverio
ANDREULA

La Commissione Europea ha definito la sanità digitale o elettronica, in inglese e-Health, come l'uso delle Information and Communication Technology (ICT) nei prodotti, servizi e processi sanitari accompagnato da cambiamenti di ordine organizzativo e sviluppo di nuove competenze, il tutto finalizzato ad un miglioramento della salute dei cittadini, dell'efficienza e della produttività in ambito sanitario, nonché ad un maggiore valore economico e sociale della salute.

L'e-Health riguarda l'interazione tra i pazienti/utenti e chi offre i servizi sanitari, la trasmissione di dati tra le varie istituzioni o la comunicazione peer-to-peer tra pazienti/utenti e professionisti in ambito sanitario.

Il termine e-Health ha cominciato a diffondersi intorno al 2000 fra le aziende del settore ICT e solo più tardi anche in ambito sanitario ed accademico.

La sanità digitale è dunque ICT applicata alla medicina per la cura della persona, la quale è al centro del progetto terapeutico, diagnostico e/o preventivo, e come tale riceve o richiede atti sanitari e socio sanitari in modo diverso. La cura, vista come rapporto tra persona e sistema sanitario (medici, infermieri e altri professionisti dell'aiuto), non cambia. Ciò che cambia è solo la modalità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, sia in termini di esecuzione di un atto medico (telemedicina) che di organizzazione dei servizi correlati.

Il fattore età porta inevitabilmente all'aumento del numero di cittadini che hanno spesso numerose

patologie coesistenti o che soffrono di una patologia cronica più o meno invalidante.

Tutti concordano sul fatto che il digitale presenta numerosi vantaggi tra cui ha il pregio di essere efficiente, trasparente, adattabile, economico perché consente di ridurre gli sprechi e le inefficienze promuovendo al contempo un maggiore coinvolgimento dei cittadini, infatti:

- È efficiente, in quanto consente di ridurre il consumo di risorse, sia per il professionista sanitario che per il cittadino-utente. L'aumento di produttività deriva dalla riduzione degli errori medici, dall'attenuazione o eliminazione delle cure non necessarie, dalla diminuzione delle file d'attesa, dalla limitazione degli spostamenti dei cittadini sul territorio, dalla riduzione delle liste d'attesa, dalla semplificazione dell'accesso ai dati del paziente e dalla facilitazione della cura delle malattie. Per esempio, non doversi spostare da casa per ritirare un referto digitale, poter pagare una prenotazione specialistica senza doversi recare al CUP e fare la fila allo sportello oppure poter cambiare il proprio medico di medicina generale da casa con il proprio PC senza recarsi fisicamente all'apposito ufficio distrettuale;
- È trasparente, in quanto qualsiasi operazione è tracciata a sistema; infatti per le politiche di privacy e tracciatura di qualsiasi accesso ai documenti clinici, definita dai decreti attuativi del Fascicolo Sanitario Elettronico, il cittadino può conoscere chi ha avuto accesso ai propri dati clinici e quando questo accesso è avvenuto;

- È economico, il risparmio è strettamente connesso con l'aumento di produttività e deriva dalla riduzione degli errori medici, dall'attenuazione o eliminazione delle cure non necessarie, attraverso una maggiore comunicazione tra i diversi istituti di assistenza sanitaria e gli stessi professionisti. Inoltre, con la riduzione e/o eliminazione del materiale cartaceo si ottiene un altro risparmio.

Le ICT hanno fornito ai professionisti dell'aiuto (medici, infermieri, assistenti sociali, ...) strumenti nuovi per rendere sempre più affidabile il flusso di informazioni che proviene dal paziente.

I servizi di *Cartella Clinica Elettronica* (cioè il documento digitale che viene creato e archiviato dalla struttura sanitaria che ha in cura il paziente per gestire in modo organizzato, con riferimento ad un singolo episodio di ricovero, tutti i dati relativi alla sua storia clinica e garantire continuità al suo percorso di cura; la CCE raccoglie le informazioni sulle visite e gli esami a cui il paziente si è sottoposto nel tempo all'interno della struttura, e li rende accessibili a tutto lo staff assistenziale e al medico di medicina generale), di *Dossier Sanitario Elettronico* (è lo strumento formato presso un'unica struttura sanitaria, ospedale, casa di cura, che raccoglie informazioni sulla salute di un paziente al fine di documentarne, nel corso degli anni, la storia clinica presso quella singola struttura e offrirgli un migliore processo di cura; è differente dalla CCE perché non riguarda un singolo evento clinico e dal FSE perché in quest'ultimo confluisce l'intera storia clinica, del cittadino, generata da più strutture sanitarie), di *Fascicolo Sanitario Elettronico* (è l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanita-



L'iniziativa governativa sull'Innovazione del SSN a Bari

rio e sociosanitario, generati da eventi clinici in atto e passati, che raccontano la storia clinica della persona perché provengono da più strutture sanitarie, in maggior parte operanti in uno stesso ambito territoriale) e dematerializzazione della prescrizione specialistica e farmaceutica, permettono di gestire i dati clinici di ogni paziente/utente rendendoli disponibili a professionisti sanitari, amministratori, pazienti stessi, indipendentemente da dove essi si trovino. In particolare, il servizio di CCE permette di gestire i dati di ogni paziente raccolti durante i suoi incontri con gli operatori sanitari, mentre il più completo sistema di FSE unifica tutte le cartelle cliniche di uno stesso paziente, permettendo di accedere istantaneamente a tutte le informazioni rilevanti, dalla sua nascita in poi, indipendentemente dalla struttura sanitaria in cui sono state raccolte e memorizzate. L'innovazione digitale, cioè i progressi e le nuove tecnologie digitali, ha l'obiettivo di aumentare il potere e la capacità dei cittadini, mira, effettivamente, all'empowerment dei cittadini. Infatti, l'innovazione digitale, l'E-gov, tutti quei servizi digitali che hanno funzioni tipicamente amministrative, servizi digitali al cittadino, quali la possibilità di prenotare una prestazione o pagare una visita specialistica, non si concentra solo sull'introduzione di nuove tecnologie, ma anche sull'uso di queste tecnologie per fornire alle persone strumenti e risorse che migliorano la loro vita quotidiana, la loro partecipazione civica, la loro capacità di prendere decisioni informate e di influenzare il cambiamento sociale e politico. La Tele-



medicina, include tutti i tipi di cure mediche o psicologiche che consentono il trattamento di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza.

Il Mobile Health o m-Health, ossia quella branca della telemedicina di cui fanno parte tutte quelle soluzioni per smartphone, ovvero applicazioni di tipo clinico-medico, permettono all'utilizzatore di gestire la propria salute attraverso il proprio cellulare. L'innovazione digitale mira a creare una società più inclusiva, trasparente e partecipativa, in cui i cittadini hanno maggior controllo sulle loro vite e possono contribuire attivamente allo sviluppo della loro comunità. Gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nella sanità digitale, in particolare all'uso delle tecnologie digitali per migliorare la salute e l'assistenza sanitaria. Sono protagonisti di questo cambiamento. Sono spesso i primi punti di contatto per i pazienti in programmi di telemedicina e telesalute, gestiscono le consultazioni virtuali, fornendo assistenza e supporto ai pazienti a distanza, monitorano i parametri vitali dei pazienti utilizzando dispositivi medici connessi, educano i pazienti sull'uso corretto delle tecnologie per la salute a casa. Inoltre, giocano un ruolo essenziale nell'implementazione e nell'uso delle cartelle cliniche elettroniche. Infatti, essi registrano e aggiornano le informazioni dei pazienti in tempo reale, utilizzano i dati per monitorare le condizioni dei pazienti e prendere decisioni cliniche informate, collaborano con altri professionisti della salute per garantire che le informazioni siano accurate e complete. Attraverso l'uso di dispositivi mobili, gli infermieri monitorano la salute dei pazienti utilizzando app mobili e sensori indossabili, forniscono consigli e indicazioni basati sui dati raccolti in tempo reale coinvolgono i pazienti in programmi di salute preventiva e gestione delle malattie.

Gli infermieri sono spesso coinvolti nello sviluppo e nell'implementazione di nuove tecnologie. Collaborano con ricercatori per creare soluzioni tecnologiche pratiche e utili per l'assistenza sanitaria, forniscono feedback critico durante le fasi di test e implementazione di nuove tecnologie, guidano l'adozione delle tecnologie digitali nel contesto clinico, assicurandosi che siano integrate nei flussi di lavoro quotidiani. Nella sanità digitale, gli infermieri forniscono supporto continuo ai pazienti attraverso applicazioni di messaggistica e porta-

li per i pazienti, offrendo consulenza e risposte rapide alle domande, monitoraggio remoto per condizioni croniche, fornendo interventi tempestivi, quando necessario, nonché programmi di gestione della salute, personalizzati, basati su dati raccolti digitalmente.

Sono responsabili di garantire la sicurezza informatica e la privacy dei dati dei pazienti. Seguono le migliori pratiche per la protezione dei dati sensibili, partecipano a programmi di formazione sulla sicurezza informatica e collaborano con i team IT per affrontare e mitigare i rischi di sicurezza.

Con la crescente quantità di dati sanitari disponibili, gli infermieri partecipano alla raccolta e all'analisi dei dati per migliorare la qualità dell'assi-



Il Presidente Saverio Andreula in rappresentanza della FNOPI

stenza, utilizzano software di analisi per identificare trend e anomalie che possono influenzare la cura del paziente e contribuiscono alla ricerca clinica utilizzando dati aggregati per studiare l'efficacia dei trattamenti e dei protocolli.

Per di più sono fondamentali nell'educazione sia dei pazienti che di altri operatori sanitari sull'uso delle tecnologie digitali. Formano i pazienti, il caregiver, su come utilizzare le applicazioni di salute e i dispositivi medici connessi, conducono sessioni di formazione per il personale sanitario sull'uso delle nuove tecnologie e dei sistemi informativi. In conclusione, gli infermieri sono al centro della trasformazione digitale della sanità, non solo utilizzando le nuove tecnologie ma anche contribuendo attivamente alla loro implementazione, educazione e sviluppo. La loro esperienza clinica combinata con la conoscenza delle tecnologie digitali rende gli infermieri fondamentali per migliorare l'efficienza, la qualità e l'accesso alle cure sanitarie.

PIEMONTESE: “LA SANITA’ PRIMA VITTIMA DELL’AUTONOMIA DIFFERENZIATA”



Salvatore
PETRAROLO

Raffaele Piemontese è vice presidente della Giunta regionale pugliese e assessore al Bilancio.

Abbiamo voluto raccogliere anche il suo punto di vista su alcuni tempi di stringente attualità per la sanità pugliese, perché sono i numeri (quegli degli investimenti) che possono permettere di fotografare la situazione.

Lo abbiamo incontrato a Bari in occasione della due giorni dedicata al tema del fascicolo sanitario elettronico per modernizzare la sanità.

Assessore Piemontese, la nuova legge sull’autonomia differenziata quanto inciderà sulla sanità pugliese?

La sanità sarà la prima “vittima” di questo disegno disgregatore dell’Italia. I tifosi delle Regioni in competizione tra loro rassicurano sul fatto che questa riforma ci porterà finalmente a determinare i livelli essenziali delle prestazioni.

E una volta determinati, ammesso si riesca, come saranno garantiti? Tutte le stime emerse durante la discussione, chiamiamola così, parlamentare, calcolano che servirebbero tra gli 80 e i 100 miliardi di euro l’anno per garantire i LEP... ogni anno, non so se mi spiego?

Il defianziamento della sanità pubblica non comincia oggi e il Governo nazionale sostiene che sta razionalizzando e modernizzando il sistema sanitario anche aumentando il budget del Sistema Sanitario Nazionale a 134 miliardi di euro.

Sulla carta perché un conto è il finanziamento della sanità, un altro la spesa sanitaria reale: con l’aumento dei prezzi determinato dall’inflazione, gli adeguamenti contrattuali e i costi cresciuti per i servizi farmaceutici, alle Regioni arriveranno meno soldi. Senza considerare le risorse tolte su altre fonti

di finanziamento, come quelle destinate agli ospedali nel PNRR.

Guardi, da assessore al Bilancio e alla Programmazione unitaria, che da 9 anni gestisce unitariamente il Fondo europeo di sviluppo regionale e il Fondo sociale europeo, le dico che occorre situare la questione delle risorse per la sanità in una visione di insieme: quello che aggiungi da una parte, togli da un’altra; le risorse comunitarie devono aggiungersi, non compensare o sostituire quello che viene tagliato o non trasferito.

E noi siamo davanti a un quadro in cui, già oggi, il Governo nazionale ha tagliato 3 miliardi e mezzo di euro dal fondo perequativo infrastrutturale che serve per gli ospedali oltre che per strade, scuole e reti idriche e sta ritardando lo sblocco del Fondo di Sviluppo e Coesione 2021-2027 che serve a sostenere i bilanci regionali profondamente ridotti proprio a seguito delle ingenti spese che sosteniamo sul fronte sanitario e che serve a cofinanziare in parte il programma regionale dei fondi europei 2021-2027.

Un programma in cui abbiamo previsto 100 milioni di euro per le infrastrutture per la sanità, 110 milioni di euro per le attrezzature sanitarie, 15 milioni di euro i beni mobili per la salute e 25 milioni di euro per la digitalizzazione delle cure sanitarie.

A chi sostiene che di fatto la sanità italiana viaggia già a due velocità e di fatto esista già una autonomia differenziata, cosa risponde?

Che è la prova sulla carne viva delle persone che una crescente autonomia, non governata in maniera adeguata, produce e aumenta le disuguaglianze territoriali.

I Livelli Essenziali di Assistenza, sono stati determinati solo nel 2017 ma, sette anni dopo, i LEA non sono garantiti, anzi: la disuguaglianza più profonda



che l'Italia sta conoscendo è proprio quella della crisi della sanità pubblica.

Questa crisi nel Sud ha già scavato un fossato che non possiamo tollerare diventi più profondo: nel dibattito parlamentare sull'autonomia differenziata è emerso il dato per cui 4 milioni e mezzo di persone nelle regioni meridionali rinunciano a curarsi proprio per le lungaggini delle liste d'attesa e ci rinunciano in particolare gli over 55, proprio quando ci sarebbe più bisogno di fare prevenzione e curarsi.

E poi mi lasci aggiungere un'altra considerazione che dovrebbe scatenare un'ondata politico-culturale in tutto il Paese: le disuguaglianze colpiscono anche le regioni del Nord, ai cui residenti si spaccia per buona la medicina dell'autonomia differenziata e dell'antimeridionalismo riveduto e corretto perché cominciano a soffrirne anche lì.

Tutte le regioni meridionali hanno subito il piano di rientro, tranne la Basilicata che, però, in questi giorni è chiamata a coprire un disavanzo.

Ma, in alcune Regioni del Nord, pur di evitare eventuali Piani di rientro, si è già proceduto a ledere il principio universalistico del sistema sanitario, anche introducendo tasse a carico di determinate categorie di cittadini, come si legge nel caso dei frontalieri italiani in Svizzera.

Per l'annoso problema delle liste d'attesa, il Governo nazionale ha messo in campo un piano di interventi che dovrebbe ridurre le liste. La Puglia recentemente ha stanziato 30 milioni di euro. Ritiene sia una cifra sufficiente per incidere su questa problematica?

In realtà, il Governo nazionale sta per approvare una legge per la riduzione delle liste d'attesa senza mettere risorse aggiuntive, mentre in Puglia le abbiamo stanziate davvero mettendo in campo, in questi ultimi 12 mesi, circa 120 milioni di euro di risorse aggiuntive a favore dei presidi sanitari del privato accreditato, religioso e non, per questa sfida essenziale che deve qualificare ogni governo pubblico, a

qualsiasi livello.

I 30 milioni di euro a cui lei fa riferimento sono il frutto di una decisione assunta qualche settimana fa per ridurre i tempi di attesa per visite specialistiche, esami diagnostici e prestazioni ambulatoriali nelle strutture private accreditate dando priorità alle prestazioni urgenti per i pazienti oncologici, già inseriti in percorsi diagnostici e terapeutici, e i pazienti con classe di priorità breve in attesa di effettuare in day service scintigrafie o gli esami endoscopici dell'apparato digerente e respiratorio.

Un paio di settimane prima abbiamo deliberato il finanziamento

di 40 milioni di euro per gli enti ecclesiastici che sono dentro il Sistema Sanitario Regionale e che sono dotati di Pronto Soccorso attraverso cui erogano prestazioni "salvavita", anche in questo caso sono risorse che contribuiranno a diminuire le liste di attesa a vantaggio di tutti i cittadini in lista di attesa, a prescindere che siano nelle liste di attesa degli ospedali pubblici o degli ospedali privati del nostro sistema sanitario regionale.

L'anno scorso, tra aprile e maggio, disponemmo un complesso di 48 milioni di euro allo stesso scopo.

Basteranno?

Alla fine del 2023, il rapporto sul coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti e l'analisi dei dati della fondazione GIMBE, che tutti noi abbiamo conosciuto per la serietà con cui ha analizzato le politiche pubbliche sanitarie durante la pandemia, hanno certificato che stiamo recuperando l'arretrato delle liste di attesa dovute all'emergenza COVID-19 e stiamo recuperando anche più di molte regioni con più personale e fondi.

Abbiamo raggiunto l'83% delle prestazioni sanitarie che erano state sospese con la pandemia, sopra la media nazionale ferma al 65%.

La stessa cosa è successa per i ricoveri chirurgici programmati che abbiamo recuperato al 70% mentre in Italia la media è del 66%, gli inviti agli screening oncologici in Puglia sono stati recuperati al 90% rispetto a una media nazionale dell'82%, le prestazioni di screening oncologici sono state recuperate in Puglia all'80% mentre in Italia si è al 67% e il recupero pugliese delle prestazioni ambulatoriali è pari al 70% rispetto a una media nazionale che sta al 57%.

Questi dati ci dicono due cose: che il sistema sanitario pugliese, fatto di tante donne e uomini che ci lavorano, sa reagire rispetto alla domanda di salute; che se avessimo le risorse finanziarie e umane sufficienti, forse potremmo cominciare a usare la paro-

la “abbattimento”, non quella prudenziale e realistica di “riduzione” per le liste di attesa.

La Puglia è la prima regione in Italia ad aver introdotto l’infermiere di famiglia. Ritiene che con questo provvedimento dia slancio alla sanità territoriale?

Abbiamo avviato i percorsi formativi per il personale che sarà chiamato a questa delicatissima e nuovissima funzione dell’infermiere di famiglia e di comunità, attivando il Master Universitario di primo livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, così come previsto dalle Linee di indirizzo dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Lanciamo il cuore oltre gli ostacoli della singhiozzante attuazione della grande riforma della sanità territoriale che tutti, dopo la pandemia, dicevano avremmo dovuto avere e che, adesso, stiamo contraddicendo con le scelte miopi che definanziano la sanità pubblica e che alimentano squilibri tra territori.

Prepariamo i professionisti che dovranno far vivere quel modello di sanità più vicino alle persone, che eviti la pressione sui Pronto Soccorso, che riduca la necessità di ricoverarsi.

Un infermiere di Famiglia o di comunità ogni 3 mila abitanti rafforzerebbe la rete dei medici di famiglia, che sappiamo essere in affanno specie nei comuni più piccoli e mal collegati.

Tutti noi abbiamo esperienza di quanto un’infermiere o un infermiere siano la presenza più rassicurante quando viviamo un problema e ci raggiungono a casa.

Ma ricordiamoci che l’infermiere di famiglia sta dentro una rete fatta di Case della Comunità con ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta ogni 40-50 mila abitanti, una Guardia medica con un medico e un infermiere ogni 100 mila abitanti, una Centrale Operativa Territoriale ogni 100 mila abitanti, un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100 mila abitanti.

Quindi, certo che l’infermiere di famiglia aiuterà ma la sanità territoriale dentro cui dovrà prestare i suoi servizi professionali è ancora in gran parte da costruire.

La carenza di medici e infermieri viene denunciata da più parti. Ma i dati dell’Ordine degli infermieri di Bari dicono che non dalle universi-

tà pugliesi escono laureati costretti ad emigrare per lavorare. Quindi il problema della Puglia è non poter mettere mano agli organici per mancanza di risorse?

Abbiamo appena dato il via libera all’assunzione di 417 infermieri, 916 medici e 290 operatori socio sanitari, in tutto 2.300 unità considerando anche tecnici sanitari, fisioterapisti, ostetriche, amministrativi, tecnici professionali, dirigenti sanitari, addetti alla prevenzione, dirigenti amministrativi e tecnici. E abbiamo alle spalle la stabilizzazione di 3.333 unità di personale in tutta la Puglia, tra medici, infermieri e operatori sanitari.

Ma restano gli squilibri territoriali di cui abbiamo parlato e che consentono ad altre Regioni con lo stesso numero di abitanti della Puglia di avere più personale.

Perciò richiamavo l’esigenza di politica generale di mettere al centro la questione degli investimenti per la sanità che, con la pandemia, abbiamo capito essere tanto decisiva da provocare crisi economiche e sociali inimmaginabili.

Per formare i professionisti della salute, la comunità impegna risorse pubbliche e le famiglie sacrificano risorse economiche che potrebbero destinare ad altro, se li costringiamo ad andare all’estero, ci perdiamo 3 volte, calcolando anche i costi negativi di un sistema sanitario che non regge senza le persone che servono a farlo funzionare.

Il fenomeno è nazionale ed è di portata storica. Dobbiamo dare una risposta invertendo una tendenza: l’OCSE ha calcolato che, nel triennio 2019-2021, l’ultimo con i dati disponibili, risultavano all’estero 21.397 medici e 15.109 infermieri italiani, e secondo altre stime, solo in Germania sono al lavoro circa 2.700 infermieri italiani.

Dopo il COVID-19 i flussi di medici e infermieri che hanno scelto di lavorare fuori dall’Italia si è dimezzato, ma resta il fatto che siamo entrati nel nuovo millennio bloccando i contratti e il turn over e, dal 2000 al 2018, l’emigrazione all’estero è andata via via aumentando.

Dobbiamo guardare in faccia la realtà e capire che siamo in un altro mondo e capire che rischiamo di fare un salto all’indietro di oltre un secolo, a prima che si sviluppasse lo stato sociale.

L’autonomia differenziata è un tema complesso e controverso in Italia, riguardante la possibilità per alcune regioni di acquisire maggiore autonomia rispetto ad altre su determinate materie, come previsto dall’articolo 116, comma 3, della Costituzione italiana. Questo può portare a differenze significative nei servizi offerti tra regioni, inclusi quelli sanitari.

L’autonomia differenziata potrebbe portare benefici in termini di adattamento dei servizi sanitari alle specificità locali, ma è fondamentale che vengano adottate misure (misure di compensazione finanziaria, standard nazionali di qualità, investimenti nelle infrastrutture e nel personale, politiche di mobilità e accesso, governance e partecipazione, monitoraggio e valutazione) per prevenire l’aumento delle disparità regionali e garantire un accesso equo e uniforme ai servizi sanitari di alta qualità per tutti i cittadini italiani, indipendentemente dalla loro regione di residenza.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: PUGLIA IN RITARDO



Salvatore PETRAROLO

Ha fatto tappa al Castello Svevo di Bari, giovedì 18 e venerdì 19 luglio, il convegno dal titolo “L’Innovazione nel Sistema Sanitario Nazionale.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico per modernizzare la Sanità”, terzo incontro del “viaggio in Italia” del convegno, dopo Roma (12/13 giugno e Cernobbio 20/21 giugno), per promuovere una maggiore conoscenza del funzionamento e dell’accessibilità dello strumento digitale, giunto a una svolta importante con la fase 2.0 del progetto.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico, infatti, è ancora poco utilizzato in diverse regioni italiane. In particolare, in Puglia, solo il 3% dei cittadini, contro il 18% di media nazionale ha effettuato un accesso nei primi mesi dell’anno.

Tuttavia il 68% dei cittadini pugliesi ha autorizzato il conferimento dei propri dati clinici nel FSE, contro una media nazionale del 40% e il 100% dei medici specialisti delle aziende sanitarie regionali si sono abilitati all’utilizzo del Fascicolo, contro una media nazionale del 74%.

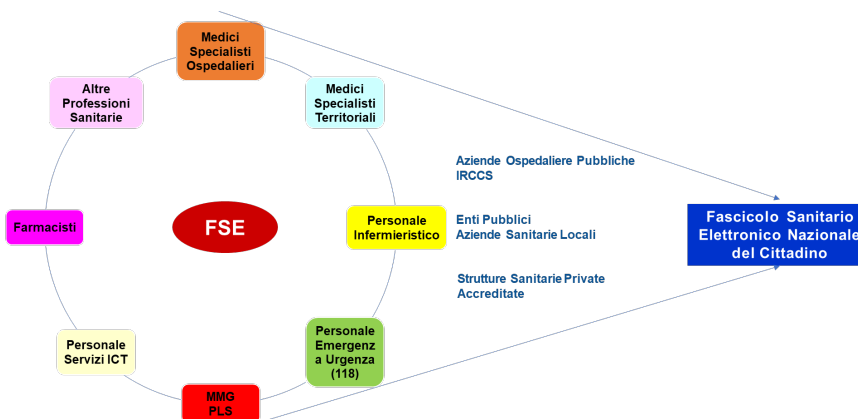
“Il Fascicolo Sanitario Elettronico è una priorità di questo Governo. Lo dimostrano i risultati conseguiti negli ultimi mesi grazie alla grande collaborazione che abbiamo stabilito con tutti i soggetti coinvolti, a partire dal Ministero della Salute, Regioni, Province Autonome, Aziende sanitarie e operatori sanitari. L’aggiornamento tecnologico dei software utilizzati dalle strutture pubbliche della Sanità Italiana ha raggiunto una media nazionale

del 54%, ma sono felice di sottolineare che la media delle regioni del Sud è arrivata addirittura al 67%” – ha dichiarato il Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio con delega all’innovazione tecnologica Alessio Butti.

“Il Fascicolo è il cuore del nostro progetto di trasformazione digitale della sanità italiana e la sua piena attuazione su tutto il territorio nazionale ci aiuterà a ridurre la burocrazia, personalizzare le cure, fornire continuità assistenziale e utilizzare tecnologie come l’IA per fornire servizi sempre migliori all’assistito.

Il tutto nel pieno rispetto dei dati e della privacy del paziente”.

“Il Fascicolo Sanitario Elettronico è strumento di maggiore qualità, equità, tempestività ed efficienza delle cure” – commenta il Sottosegretario alla Salute On. Marcello Gemmato. “Consente un accesso semplificato ai servizi sanitari, permette di superare le distanze geografiche e di favorire così l’approccio multidisciplinare della presa in carico dei pazienti, a garanzia dell’appropriatezza e dell’efficacia dell’assistenza sanitaria.





È importante arrivare sul territorio a diffondere la più ampia conoscenza e familiarità con questo fondamentale mezzo di sanità digitale e rassicurare i cittadini sulla riservatezza dei dati in esso contenuti, nel rispetto delle disposizioni dettate dal Garante della privacy”.

Cos'è il Fascicolo Sanitario Elettronico e in cosa consiste la fase 2.0

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario relativi agli eventi clinici riguardanti l'assistito, disponibile gratuitamente per tutti gli iscritti al Servizio sanitario nazionale.

È come un cassetto dove è riposta e ordinata tutta la documentazione sanitaria di ciascun cittadino, a cui si accede da computer o dispositivo mobile attraverso il portale www.fascicolo-sanitario.it con credenziali Spid, con numero di identificazione della Tessera sanitaria oppure tramite Carta d'identità elettronica (CIE).

I dati sono conservati e a disposizione di ciascun cittadino, in formato protetto e riservato e, a discrezione dell'assistito, visibili anche ai professionisti

sanitari che ne seguono la cura. Il fascicolo consente anche una serie di servizi, come la prenotazione on line di visite ed esami specialistici, la modifica o disdetta degli appuntamenti prenotati on line, il pagamento on line dei ticket sanitari, la scelta o revoca del medico di famiglia.

Finora gestito a livello regionale, con velocità di aggiornamento diversa da regione a regione, il FSE entra ora in una nuova fase del progetto: FSE 2.0, grazie all'EDS, Ecosistema dei Dati Sanitari, piattaforma nazionale che mette insieme e rielabora dal punto di vista tecnologico tutti i dati raccolti dalle regioni, valorizzando il lavoro fatto dai diversi territori in questi anni, gestirà i dati sanitari di oltre 60 milioni di italiani, grazie a un finanziamento di 1,3 miliardi di euro, di cui 300 milioni sono dedicati al potenziamento infrastrutturale digitale delle regioni. Al progetto FSE e telemedicina è dedicato circa il 40% del fondo destinato alla Missione 6 Salute del PNRR.

Entro dicembre 2024, sarà accessibile per tutti i cittadini di tutte le regioni italiane la possibilità di pagamento dei ticket sanitari, la prenotazione di visite ed esami, la scelta o revoca del medico e la consultazione dei referti, ovvero di esami e diagnostica per immagini.

In un prossimo futuro si potrà contare sulla interoperabilità del FSE: si tratta dello scambio transfrontaliero dei dati sanitari tra Paesi UE.

In questo modo, ad esempio, una ricetta per ottenere un farmaco generata in Italia sarà spendibile in tutta Europa.

Servizi innovativi del Fascicolo Sanitario Elettronico

Servizi a supporto del personale medico per la cura del paziente

- Gestione dei propri assistiti (MMG), visualizzazione dati anagrafici e clinici
- Gestione degli episodi di cura e degli eventi associati (prescrizioni, esami, ...)
- Possibilità di effettuare indagini statistiche su dati anonimizzati
- Interazione con altri medici/ enti coinvolti nel processo di cura

Servizi per il cittadino

- Visualizzazione dei propri documenti sanitari
- Monitoraggio dell'andamento dei valori dei propri dati clinici
- Possibilità di costante monitoraggio della situazione sanitaria personale
- Taccuino de Cittadino/Paziente
- Prenotazioni visite, ...

Servizi di governance

- Gestione efficiente e integrata di tutte le informazioni relative a strutture sanitarie un miglioramento della qualità e dei costi del Servizio Sanitario Nazionale
- Azioni di controllo al fine del contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria

Servizi per la formazione del personale medico e per la ricerca

- Possibilità di reperire dai dati clinici raccolti (anonimizzati) informazioni sulle patologie e sulle modalità di cura e conseguente creazione del caso clinico esemplare da diffondere nella comunità scientifica
- Possibilità di creare e condividere raccolte di documentazione rilevanti per un caso clinico
- Analisi statistiche sulle patologie

INFERMIERE DI FAMIGLIA. AL VIA IL PROGETTO IN PUGLIA



Salvatore PETRAROLO

Il primo passo verso l'istituzione dell'Infermiere di famiglia in Puglia, era stato compiuto alla fine del 2023.

E' l'articolo 49 della legge regionale 37 che ha fissato i paletti per un progetto pilota che dall'inizio del mese di luglio 2024 comincia a prendere corpo e sostanza. La Giunta regionale pugliese, nella riunione del 4 luglio scorso, ha deciso di dare attuazione all'articolo 49 della legge regionale 37 del 2023: si parte con la formazione del personale e saranno gli Ordini delle Professioni Infermieristiche ad attivare, in via sperimentale, i percorsi formativi e i progetti pilota sull'Infermiere di famiglia o comunità. Formazione che verrà svolta in collaborazione con le Aziende sanitarie locali e con il coinvolgimento delle università pugliesi. Nello specifico si tratterà di attivare il Master universitario di primo livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità, come previsto dalle linee di indirizzo di Agenas. L'articolo 49 della legge regionale 37/2023 chiarisce anche altri aspetti di questo progetto pilota che fa della Puglia una delle prime regioni in Italia a creare questa importante figura professionale per dare slancio alla sanità territoriale. I percorsi formativi e i progetti pilota coinvolgeranno tutte le Aziende territoriali pugliesi, come aveva anticipato proprio in una intervista a Filodiretto, il capogruppo del Movimento Cinque Stelle in consiglio regionale, Marco Galante.

I soldi per realizzare questo progetto pilota la Regione Puglia li ha recuperati dal proprio bilancio, assegnando una dotazione finanziaria di 83.200,00 euro. Come recita l'articolo 49 della legge regionale, "le aziende territoriali pugliesi individuano almeno una zona distretto ASL in cui attivare il progetto e prevedono la formazione degli operatori selezionati, nell'ambito della nuova configurazione dei servizi territoriali di cui al decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale)". Un primo bilancio sulla bontà e i risultati del progetto

verrà tracciato dopo un anno, così come scritto nella legge regionale: sarà la Giunta (e l'assessore alla Sanità) a relazionare alla Commissione competente l'esito della sperimentazione per valutarne i risultati, le criticità e gli ambiti di intervento che consentano di dare seguito al progetto dell'Infermiere di famiglia e comunità. E' stato il consigliere regionale, Marco Galante, a commentare l'avvio del progetto con l'approvazione delle delibera in Giunta regionale: "Facciamo un passo avanti importante per l'attuazione del progetto dell'infermiere di famiglia e comunità. Un provvedimento che dà seguito a quanto deciso nelle scorse settimane nel corso dell'incontro con il direttore del dipartimento Salute Vito Montanaro, il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano e gli Ordini delle Professioni infermieristiche per far partire i percorsi formativi e i progetti pilota in ogni Asl per cui nello scorso bilancio di previsione è stata stanziata la cifra di 83.200 euro. Parliamo di una figura fondamentale per migliorare la sanità territoriale e poter garantire così prestazioni più efficienti per i cittadini". "Ringrazio gli OPI - dichiara Galante - a cui sarà affidata la formazione, con professionisti la cui esperienza sarà indispensabile per far partire la sperimentazione. Chiederò anche un tavolo con le Asl in modo da poter vedere insieme i prossimi passaggi. L'infermiere di famiglia entrerà in relazione con medici di famiglia, pediatri ed equipe multidisciplinari e sarà fondamentale per garantire assistenza continua e l'integrazione socio-sanitaria. Con la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) grazie al PNRR, la cui gestione sarà affidata quasi esclusivamente al personale infermieristico, questi professionisti avranno un ruolo centrale, con competenze avanzate anche da un punto di vista organizzativo e gestionale, e un ruolo di coordinamento tra ospedale, territorio, assistenza domiciliare, ambiti e distretti sociosanitari. Possiamo partire con un progetto innovativo e lavoreremo per raggiungere questo obiettivo per migliorare la vita dei pugliesi".

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ ORA A TUTTA VELOCITÀ



Elena
GUGLIELMI

Dopo un lungo e faticoso cammino, finalmente, grazie al Presidente Saverio Andreuola (OPI Bari) e agli altri Presidenti degli OPI della Puglia, anche nella nostra Regione si è arrivati ad un importante traguardo.

Infatti, la Regione Puglia, con Delibera di giunta n. 940 del 4 luglio 2024, oltre a recepire le “Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia e di Comunità” di Agenas, ha dato attuazione alla legge regionale 29 dicembre 2023, n. 37, art. 49, attivando appositi “Percorsi formativi e progetti pilota su infermiere di famiglia e di comunità”.

Nello specifico, la Regione Puglia nel riconoscere le specifiche competenze e la centralità della nostra Professione, ha dato mandato agli Ordini delle Professioni Infermieristiche di attivare, in via sperimentale, i percorsi formativi e progetti pilota su Infermiere di Famiglia e di Comunità da concepire in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali e con il coinvolgimento delle Università pugliesi con riferimento alla attivazione del Master Universitario di primo livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, così come previsto dalle Linee di indirizzo di Agenas.

Andiamo con ordine. La delibera approvata dalla Giunta fa fare un lungo passo avanti alla nostra Regione, necessario per migliorare la sanità territoriale, per garantire così prestazioni più efficienti per i cittadini, un’assistenza territoriale nella quale l’Infermiere di Famiglia e di Comunità rappresenta il più importante anello della “catena” fabbricata dal D.M. 77/2022.

Un provvedimento, quello regionale, “frutto” di quanto deciso e condiviso, il 28 maggio 2024, nel corso dell’incontro con il Direttore del Dipartimen-

to Salute Vito Montanaro, il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano e i Presidenti degli OPI Puglia. Nell’occasione gli OPI Puglia hanno ricordato ai presenti di aver già provveduto a consegnare lo scorso anno, in corso di audizione plenaria, al Presidente e ai componenti della III Commissione della Regione Puglia e all’allora Assessore alla Sanità, un documento/proposta sull’infermieristica di famiglia e comunità, comprendente il modello organizzativo, da utilizzare su tutto il territorio regionale, e un modello/percorso formativo.

Ora, il passo successivo sarà quello di far partire la sperimentazione, attraverso appositi percorsi formativi capaci di far acquisire, ai futuri infermieri di famiglia e comunità, strumenti orientati a garantire la continuità assistenziale e l’integrazione socio-sanitaria, nonché la corretta gestione delle Centrali Operative Territoriali (COT), affidata esclusivamente al personale infermieristico.

Insomma, una formazione capace di mettere l’Infermiere di Famiglia e di Comunità nella condizione di esercitare un ruolo centrale, con le sue competenze avanzate, anche da un punto di vista organizzativo e gestionale.

Di seguito si riporta quanto la FNOPI sta proponendo a livello nazionale circa il ruolo dell’IFeC. Durante le recenti audizioni alla decima Commissione del Senato e alla Commissione Affari sociali della Camera, nell’ambito della discussione dello schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, la FNOPI, per tramite del Consigliere nazionale Gagliano, ha dichiarato che:

- da tempo si chiede il riconoscimento della figura dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità

come figura strategica rispetto ai nuovi bisogni assistenziali di una popolazione sempre più anziana e composta da persone con patologie croniche e degenerative;

- per rendere più efficiente il Servizio Sanitario Nazionale, è necessario attivare vere équipes multiprofessionali sociosanitarie dove tutti devono lavorare insieme, ognuno secondo le proprie caratteristiche, ma tutti sullo stesso piano, in un percorso che coinvolga anche il paziente, i familiari e i caregiver con l'obiettivo di fornire ai cittadini tutto ciò di cui hanno veramente bisogno, disegnando i nuovi modelli organizzativi che siano un continuum tra i diversi momenti che vanno dalla prevenzione, alla diagnosi alla terapia;
- è necessario adottare una strategia incisiva nella gestione degli operatori di supporto che ora

le migliori del mondo grazie alla concertazione dei percorsi coi professionisti e, nel nuovo modello di SSN, attivare vere équipes multiprofessionali sociosanitarie dove tutti devono lavorare insieme, ognuno secondo le proprie caratteristiche, ma tutti sullo stesso piano, in un percorso che coinvolga al contempo il paziente, i familiari e i caregiver.

Obiettivo è fornire ai cittadini tutto ciò di cui hanno veramente bisogno e la FNOPI sottolinea la necessità che la Valutazione multidimensionale unificata necessita della collaborazione, oltre che della persona interessata, dei familiari e dei caregiver, anche della funzione infermieristica attraverso la partecipazione dell'Infermiere di famiglia e comunità all'interno dell'unità di valutazione multidimensionale.

È necessaria una strategia maggiormente incisiva nella gestione degli operatori di supporto che ora sfuggono al controllo del management infermieristi-

“La Legge Regionale n. 37 del 2023, approvata dalla Regione Puglia, istituisce la figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità, un passo significativo verso il miglioramento dell’assistenza sanitaria territoriale. Questa legge mira a creare un nuovo modello di presa in carico delle persone e delle comunità, integrando maggiormente l’assistenza sanitaria con quella sociale.

La collaborazione dell’Infermiere di Famiglia e Comunità con MMG, PLS ed equipe multidisciplinari sarà fondamentale per garantire una presenza continuativa nella propria comunità di riferimento e l’integrazione socio-sanitaria indispensabile per migliorare la qualità della vita di pazienti e caregiver”

sfuggono al controllo del management infermieristico, attraverso l'istituzione di un registro degli operatori di supporto;

- in stretta correlazione all'istituzione di lauree magistrali infermieristiche ad indirizzo clinico, la Federazione sostiene da tempo il riconoscimento della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) quale professionista specializzato responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità. Questa figura è essenziale nell'affermazione di un modello sanitario basato sulla centralità del paziente e strategica rispetto ai nuovi bisogni assistenziali di una popolazione sempre più anziana e composta da persone con patologie croniche e degenerative, per le quali diventa fondamentale l'integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Per rendere più efficiente il Servizio Sanitario Nazionale si rende necessario valorizzare davvero le professionalità che rendono la Sanità italiana, una del-

co.

A tale proposito, si richiama la necessità che l'intero governo della componente non professionale a supporto dell'assistenza sia formata e gestita esclusivamente dagli infermieri.

Si ritiene quindi necessaria l'istituzione di un registro degli operatori di supporto, siano essi con formazione complementare o meno.

La Sanità Digitale sia, a certe condizioni, un'occasione per la tutela della salute nel paese, cui le professioni infermieristiche possono dare un importante contributo ed essere a loro volta valorizzate; la FNOPI esplicita dunque la propria posizione per il successo della sanità digitale, in particolare di tutta quella parte di sanità digitale che si attua sul territorio e ancor più al domicilio della persona. Per questo è necessario affrontare il tema formativo nei confronti dello sviluppo di un digital mindset verso nuovi servizi di teleassistenza che comprendono monitoraggio da remoto, tele-triage, consul-

**ESTRATTO DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 940 DEL 4 LUGLIO 2024
RECEPIMENTO DELLE “LINEE DI INDIRIZZO INFERMIERE DI FAMIGLIA
O COMUNITÀ” DI AGENAS. ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 29
DICEMBRE 2023, N. 37, ART. 49 “PERCORSI FORMATIVI E PROGETTI
PILOTA SU INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ”.**

Il Presidente della Giunta, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate e motivate, ai sensi della L.R. 7/1997, art. 4, comma 4, lettera a), propone alla Giunta Regionale:

1. di recepire il documento predisposto da Agenas denominato “Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità”, di cui all'allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare attuazione, col presente provvedimento, alla L.R. n.37/2023, art.49 “Percorsi formativi e progetti pilota su infermiere di famiglia e di comunità” e, a tal fine, dare mandato agli Ordini delle Professioni Infermieristiche di attivare, in via sperimentale, i percorsi formativi e progetti pilota su infermiere di famiglia o comunità progettati in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali e con il coinvolgimento delle Università pugliesi con riferimento alla attivazione del Master Universitario di primo livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, così come previsto dalle Linee di indirizzo di Agenas;
3. di stabilire che con successivi provvedimenti e atti di indirizzo si proceda alla attivazione, in raccordo con le Università pugliesi, del Master Universitario di primo livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, così come previsto dalle Linee di indirizzo di Agenas;
4. di stabilire che il dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta con atto dirigenziale proceda alla liquidazione dell’importo stanziato dalla L.R. n.37/2023, art.49, per l’importo complessivo pari a euro 83.200,00, nei confronti degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, per il tramite delle Aziende Sanitarie Locali, previa presentazione da parte degli stessi Ordini di apposita rendicontazione delle spese sostenute con i relativi giustificativi di spesa volta a dimostrare l’attività svolta e, in particolare, i costi da riconoscersi riguardano: la docenza, l’organizzazione degli eventi, la stampa o la riproduzione di materiale e tutta l’attività che può essere documentata e valutata;
5. di demandare alla Sezione Strategie e Governo dell’Offerta la notifica del presente provvedimento ai Direttori Generali delle AASSLL, agli Enti del Servizio Sanitario Regionale e agli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

tazione e educazione a distanza, così da consentire all’infermiere di riempire determinati gap assistenziali, garantendo il raggiungimento degli outcome di salute e prevenendo riammissioni improprie in ospedale.

A completare il quadro dello sviluppo dell’assistenza per le persone anziane – ha concluso nell’audizione Gagliano per la FNOPI che ha proposto anche alcune modifiche in questo senso al testo del D.Lgs – oggi è richiesto un modello assistenziale orientato verso un’offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona.

L’obiettivo deve essere quello di far coincidere quanto più possibile professionisti diversi e popolazione di riferimento dei professionisti (multiprofessionalità).

- quindi da una sanità reattiva ad una proattiva.
- da una sanità prescrittiva a una sanità preventiva.

Per ottenere questi risultati ha aggiunto sottolineando il ruolo dell’infermiere di famiglia e comunità secondo le previsioni del DM 77/2022 sul riordino dell’assistenza territoriale dovrebbe essere previsto un modello di rete territoriale, basato su competenze multidisciplinari che abbiano ognuna proprie responsabilità e autonomia di gestione della persona assistita, secondo le caratteristiche della professione svolta, in modo di consentire l’educazione alla salute, la prevenzione, l’assistenza e il soddisfacimento dei bisogni, il controllo delle condizioni dell’individuo per evitare processi di malattia, aggravamento e/o complicanze rispetto a situazioni di fragilità.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Articolo 49 della Legge Regionale n. 37 del 29/12/2023, “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2024 e bilancio pluriennale 2024-2026 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2024).
2. Decreto n. 77 del 23/05/2022, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
3. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

INNOVAZIONE ED EMPATIA: IL VALORE DELLA COMUNICAZIONE



Giorgia
CHETTA



Maurizio
TARANTOLO

L'evoluzione della comunicazione nella professione infermieristica e le innovazioni presentate durante l'evento a Pugnochiuso organizzato da OPI Bari

Dal 3 al 6 giugno 2024, il Centro Congressi di Pugnochiuso a Vieste (FG) ha ospitato un evento di rilevanza per la professione infermieristica, organizzato dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari.

Questo seminario, ideato dalle Direzioni Didattiche dei Corsi di Laurea in Infermieristica di diverse università italiane, si è focalizzato sul tema centrale della comunicazione in ambito sanitario, esplorando il suo valore e le strategie comunicative necessarie dalla formazione all'esercizio professionale.

L'evento ha offerto una panoramica completa sull'evoluzione della comunicazione nella professione infermieristica, toccando esperienze e innovazioni riguardanti la professione e la formazione, evidenziando come la comunicazione sia cruciale e stia cambiando e migliorando nel contesto sanitario moderno.

Strumenti per la simulazione e tecnologia

La tecnologia sta rivoluzionando il modo in cui gli infermieri comunicano e forniscono assistenza. Grazie all'ausilio di strumenti digitali, la formazione e la pratica infermieristica stanno subendo una trasformazione significativa: simulatori digitali, piattaforme di e-learning e applicazioni di realtà aumentata sono solo alcuni degli strumenti che stanno migliorando notevolmente l'apprendimento delle competenze professionali e comunicative.

L'uso di piattaforme di simulazione virtuale può consentire agli studenti di affrontare scenari clinici complessi e di sperimentare diverse strategie comunicative in un ambiente sicuro. Questi strumenti offrono un feedback immediato, permettendo agli studenti di affinare le loro competenze prima di applicarle nella pratica clinica.

Ad esempio, i simulatori di pazienti virtuali possono replicare una vasta gamma di condizioni clini-

che, permettendo agli studenti di praticare la comunicazione con pazienti affetti da diverse patologie e di sviluppare competenze specifiche per ogni situazione.

Inoltre, le applicazioni di realtà aumentata e realtà virtuale, stanno emergendo come potenti strumenti educativi.

Queste tecnologie possono permettere agli studenti di immergersi in ambienti clinici simulati, dove interagire con pazienti virtuali e ricevere feedback in tempo reale sulle loro performance comunicative. Questo approccio innovativo non solo migliora l'apprendimento, ma riduce anche l'ansia degli studenti, preparandoli meglio per le situazioni reali.

In alcune università pugliesi, la formazione infermieristica si avvale di diverse metodologie consolidate per migliorare le competenze comunicative degli studenti.

Tra queste, il role playing è ampiamente utilizzato per simulare interazioni reali tra infermieri e pazienti. Questo metodo permette agli studenti di mettere in pratica le loro abilità comunicative in un contesto controllato, ricevendo feedback immediato dai docenti e dai compagni di corso.

I laboratori specifici sono un'altra componente fondamentale della formazione.

Questi laboratori offrono agli studenti l'opportunità di esercitarsi in situazioni di comunicazione complesse, come la gestione di pazienti con bisogni speciali o la comunicazione di notizie difficili. Attraverso esercitazioni pratiche e discussioni di gruppo, gli studenti possono sviluppare strategie efficaci per affrontare queste sfide.

Le simulazioni di momenti reali e i casi clinici sono utilizzati per preparare gli studenti a situazioni che potrebbero incontrare nella pratica clinica.

Queste simulazioni includono scenari di emergen-

za, dove gli studenti devono coordinare le loro azioni e comunicare efficacemente sotto pressione. I casi clinici, invece, permettono agli studenti di analizzare situazioni complesse, sviluppare piani di cura e discutere le migliori strategie comunicative da adottare.

Queste iniziative non solo migliorano le competenze tecniche degli studenti, ma promuovono anche lo sviluppo di competenze trasversali essenziali, come l'empatia, la capacità di ascolto e la gestione dello stress.

Attraverso un approccio integrato che combina teoria e pratica, le università pugliesi stanno formando una nuova generazione di infermieri pronti ad affrontare le sfide della professione con competenza e sicurezza.

Social Media e Comunicazione Sanitaria

I social media stanno diventando un canale sempre più importante per la comunicazione sanitaria. Durante l'evento, è stato discusso come gli infermieri possano utilizzare i social media per educare il pubblico, condividere informazioni affidabili e promuovere comportamenti sani.

Tuttavia, è anche fondamentale essere consapevoli dei rischi associati all'uso dei social media, come la diffusione di informazioni errate e la violazione della privacy dei pazienti.

Gli infermieri devono essere formati sull'uso responsabile dei social media e sulle migliori pratiche per la comunicazione digitale.

Questo include l'adozione di linee guida etiche e la comprensione delle leggi e delle regolamentazioni relative alla privacy e alla riservatezza delle informazioni sanitarie.

Ad esempio, è essenziale che gli infermieri comprendano le implicazioni del General Data Protection Regulation (GDPR) e altre normative aziendali sulla protezione dei dati, per garantire che le informazioni dei pazienti siano sempre trattate con la massima riservatezza, oltre che all'adozione di comportamenti ed atteggiamenti professionalmente ed eticamente consoni.

Inoltre, i social media possono essere utilizzati per creare comunità di supporto tra pazienti e professionisti sanitari.

Gruppi di discussione online e forum, opportunamente moderati, possono offrire uno spazio sicuro dove sia tra professionisti che tra professionisti e pazienti, si possono condividere le esperienze e ricevere consigli da infermieri e altri professionisti della salute.

Questo tipo di interazione può migliorare il benessere dei pazienti e promuovere una comunicazione più aperta e trasparente.

Formazione Continua e Sviluppo Professionale

La formazione continua è essenziale per mantenere aggiornate le competenze comunicative degli in-

fermieri.

Durante l'evento, è stato sottolineato come la partecipazione a corsi di aggiornamento, workshop e conferenze possa aiutare gli infermieri a rimanere al passo con le ultime innovazioni e tendenze nella comunicazione sanitaria.

Il mentoring e il coaching sono altre strategie efficaci per lo sviluppo professionale.

I programmi di mentoring permettono agli infermieri meno esperti di apprendere dai colleghi più esperti, mentre il coaching offre un supporto personalizzato per migliorare le competenze comunicative e professionali.

Ad esempio, un programma di mentoring può includere sessioni di osservazione diretta, dove i nuovi infermieri possono osservare i colleghi più esperti durante le interazioni con i pazienti, seguite da sessioni di feedback e discussione.

Il coaching, d'altra parte, può essere utilizzato per affrontare specifiche aree di miglioramento. Un coach esperto può lavorare con un infermiere per sviluppare un piano di sviluppo personalizzato, che include obiettivi specifici e strategie per migliorare le competenze comunicative.

Questo approccio mirato può aiutare gli infermieri a superare le sfide individuali e a raggiungere un livello più alto di competenza professionale.

Etica e Comunicazione nella Professione Infermieristica

L'etica è un pilastro fondamentale nella professione infermieristica, influenzando ogni aspetto della pratica, inclusa la comunicazione.

Il Prof. Pio Lattarulo, esperto in bioetica e deontologia professionale che ha contribuito alla stesura dell'attuale Codice Deontologico delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, ha sottolineato durante l'evento, l'importanza di un approccio etico nella comunicazione infermieristica durante il seminario a Pugnochiuso.

Secondo Lattarulo, la comunicazione etica implica il rispetto della dignità del paziente, la trasparenza nelle informazioni fornite e la protezione della privacy.

Gli infermieri devono essere consapevoli delle implicazioni etiche delle loro interazioni e adottare un comportamento che rispetti i diritti e le esigenze dei pazienti.

Questo include l'adozione di un linguaggio chiaro e comprensibile, evitando termini tecnici che potrebbero confondere i pazienti, e garantendo che tutte le informazioni siano fornite in modo onesto e completo.

È stato inoltre evidenziato, come l'etica della comunicazione richieda un equilibrio tra il dovere di informare e il rispetto per l'autonomia del paziente. Gli infermieri devono essere in grado di fornire tutte le informazioni necessarie per consentire ai pazienti di

prendere decisioni informate riguardo alla loro salute, senza però imporre le proprie opinioni o giudizi, come previsto dal Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.

Empowerment degli Studenti di Infermieristica

Un aspetto fondamentale emerso dall'evento è stato l'importanza di coinvolgere attivamente gli studenti di infermieristica nella loro formazione.

Il Concorso Bundles, ad esempio, ha rappresentato un'opportunità unica per gli studenti di mettere in pratica le loro competenze comunicative e di presentare progetti innovativi che migliorano la pratica infermieristica.

I progetti presentati hanno dimostrato l'impegno e la creatività degli studenti nel cercare soluzioni concrete per le sfide comunicative.

Questo tipo di iniziative non solo promuove l'apprendimento attivo, ma stimola anche il pensiero critico e l'innovazione tra i futuri professionisti infermieri.

Progetti Premiati nel Concorso Bundles

Primo Posto:

- “La Comunicazione in Pronto Soccorso: Strumenti di Valorizzazione della Professione Infermieristica” del CdL di Infermieristica dell'IRCCS “S. De Bellis” di Castellana Grotte (BA).

Secondo Posto:

- “Infermiere di Processo e Stanza dell'Ascolto in Pronto Soccorso per Pazienti e Familiari” del CdL di Infermieristica dell'A.O. “Di Venere”.
- “Stiamo Ascoltando? Il Paradigma della Comunicazione tra Infermiere e Utente Sordo” del CdL di Infermieristica della Cittadella della Carità di Taranto.

Terzo Posto:

- “Team Building Trasforma il Modo di Lavorare” del CdL di Infermieristica dell'A.O. “Di Venere” di Bari.
- “Il Teatro nella Formazione: Uno Strumento Comunicativo” del CdL di Infermieristica dell'A.O. “Di Venere” di Bari.

Quarto Posto:

- “L'Arte Terapia come Strumento di Cura: Rafforzare le Competenze Relazionali degli Studenti” del CdL di Infermieristica dell'A.O. “Di Venere” di Bari.
- “Promuovere la Comunicazione Empatica Infermiere-Paziente con un Approccio di Peer Education” del CdL di Infermieristica della LUM di

Acquaviva delle Fonti (BA).

Il ruolo della convivialità e dell'unione nella professione.

La convivialità e l'unione tra i partecipanti all'evento hanno giocato un ruolo cruciale nel successo dell'iniziativa.

Ogni anno, l'evento non solo offre opportunità di crescita professionale, ma crea anche un ambiente di scambio e confronto tra professionisti e studenti provenienti da diverse realtà.

Questi momenti di condivisione sono fondamentali per costruire ponti tra i vari poli formativi e per arricchire il bagaglio professionale e personale degli infermieri.

Durante le pause e le attività sociali organizzate nel contesto dell'evento, i partecipanti hanno potuto scambiare esperienze, discutere delle sfide comuni e trovare soluzioni condivise.

Questo spirito di collaborazione e supporto reciproco è essenziale per affrontare le sfide del settore sanitario e per promuovere una cultura del lavoro basata sul rispetto e sulla solidarietà.

L'evoluzione della comunicazione nella professione infermieristica è caratterizzata da un costante adattamento alle nuove tecnologie e alle esigenze dei pazienti.

Le innovazioni presentate durante l'evento organizzato dall'OPI di Bari a Pugnochiuso dimostrano come la comunicazione possa essere migliorata attraverso l'uso di strumenti digitali, la formazione continua e il coinvolgimento attivo degli studenti. La convivialità e l'unione tra i professionisti infermieri rafforzano ulteriormente queste competenze, creando un ambiente di lavoro collaborativo e solidale.

Incoraggiare l'innovazione e promuovere un approccio empatico nella comunicazione sono fondamentali per affrontare le sfide future nel settore sanitario.

Gli infermieri devono essere pronti ad abbracciare nuove tecnologie e metodologie, mantenendo sempre al centro il benessere del paziente. Il cammino verso un'assistenza sanitaria eccellente passa attraverso una comunicazione evoluta ed umanizzata, che valorizza non solo le competenze tecniche, ma anche quelle relazionali e umane.

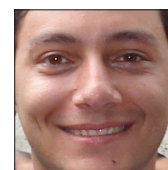
Solo così sarà possibile garantire un'assistenza di qualità, capace di rispondere efficacemente alle esigenze di una società in continua evoluzione.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

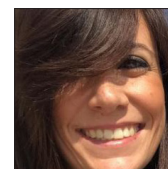
1. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 – FNOPI - codice-deontologico-2019-correzione-1-agosto.pdf (fnopi.it) – Ultima Consultazione 24/07/2024.
2. Profilo Professionale dell'Infermiere - D.M. 14 settembre 1994, n. 739 - <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf> – Ultima Consultazione 24/07/2024.
3. REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 - <https://www.garanteprivacy.it/il-testo-del-regolamento> – Ultima Consultazione 24/07/2024.
4. Lattarulo P, Bioetica e deontologia professionale. Seconda edizione. Milano: McGrawHill: 2021.

COMUNICARE PER CURARE: STRUMENTI E STRATEGIE PER INFERMIERI DI SUCCESSO

L'importanza della comunicazione nella professione infermieristica e le strategie per un'assistenza efficace, esplorate durante l'evento a Pugnochiuso organizzato da OPI Bari



Michele
FIGHERA



Angela
FALCICCHIO

L'evento organizzato dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari presso il Centro Congressi di Pugnochiuso - Vieste (FG) dal 3 al 6 Giugno 2024, ha rappresentato un'occasione unica per approfondire il ruolo cruciale della comunicazione nella professione infermieristica.

Questo articolo si concentra sugli strumenti e le strategie comunicative che migliorano l'assistenza infermieristica, sottolineando l'importanza di una comunicazione efficace nella pratica professionale.

Alleanza terapeutica e relazione di fiducia

Una comunicazione efficace è essenziale per costruire un'alleanza terapeutica tra infermiere e paziente. Questa relazione si basa sulla fiducia e sulla comprensione reciproca, elementi che possono essere sviluppati solo attraverso un'interazione chiara ed empatica. Durante l'evento a Pugnochiuso, è stato sottolineato come un buon rapporto comunicativo possa influenzare positivamente il percorso di cura del paziente, aumentando la sua adesione ai trattamenti e migliorando i risultati clinici.

Gli infermieri devono essere in grado di spiegare chiaramente le procedure mediche, rispondere alle domande dei pazienti e dei loro familiari, e fornire supporto emotivo. Questo approccio non solo rassicura i pazienti, ma li coinvolge attivamente nel loro processo di cura, favorendo una maggiore collaborazione e adesione alle terapie.

Comunicazione interdisciplinare

La comunicazione non si limita al rapporto infermiere-paziente, ma è fondamentale anche tra i diversi membri del team sanitario. Una comunicazione efficace tra infermieri, medici, fisioterapisti e altri professionisti della salute è cruciale per garantire una cura coordinata e senza intoppi. Durante l'evento, sono stati discussi vari strumenti e metodi per mi-

gliorare la comunicazione interdisciplinare, come le riunioni di team, i briefing quotidiani e l'uso di piattaforme digitali di condivisione delle informazioni.

L'utilizzo di cartelle cliniche elettroniche ed altri sistemi informatici, può facilitare la comunicazione e il coordinamento tra i diversi professionisti sanitari. Questi strumenti permettono di condividere rapidamente informazioni importanti, riducendo il rischio di errori e migliorando l'efficienza delle cure. Ad esempio, l'implementazione di sistemi di messaggistica istantanea all'interno delle cartelle cliniche elettroniche potrebbe migliorare la tempestività delle comunicazioni tra i membri del team sanitario.

Gestione delle emergenze e comunicazione

La gestione delle emergenze richiede una comunicazione rapida e precisa. Gli infermieri devono essere preparati a comunicare in modo efficace sotto pressione, coordinando le azioni del team sanitario e fornendo istruzioni chiare ai pazienti e ai loro familiari. Durante l'evento è stata sottolineata l'importanza della comunicazione nelle situazioni di emergenza, condividendo strategie pratiche per migliorare questa competenza.

Le simulazioni di emergenze e le esercitazioni pratiche sono strumenti preziosi per preparare gli infermieri a queste situazioni. Questi esercizi permettono di sviluppare la capacità di mantenere la calma, di comunicare in modo chiaro e di prendere decisioni rapide e informate. Ad esempio, l'uso di scenari simulati con manichini ad alta fedeltà può aiutare gli infermieri a praticare la gestione delle emergenze in un ambiente controllato e sicuro.

Comunicazione empatica e supporto emotivo

L'empatia è una componente fondamentale della comunicazione infermieristica. Un approccio empatico aiuta a creare un ambiente di cura in cui i pazienti si sentono compresi e supportati. Durante l'e-

vento, è stato evidenziato come gli infermieri possano sviluppare e rafforzare le loro competenze empatiche attraverso la formazione continua, l'auto-riflessione, il Nursing Narrativo (esperienza avviata in ASL BARI dall'U.O.S.A.V.S. Servizio delle professioni sanitarie ospedaliero – territoriali, con eventi formativi dedicati ai professionisti sanitari).

Il supporto emotivo fornito dagli infermieri è essenziale per il benessere dei pazienti, soprattutto quelli che affrontano situazioni di stress, ansia o dolore. Gli infermieri devono essere in grado di riconoscere i segnali emotivi dei pazienti e di rispondere in modo appropriato, offrendo conforto e rassicurazione. Ad esempio, tecniche di ascolto attivo e di comunicazione non verbale possono essere utilizzate per migliorare l'interazione empatica con i pazienti.

In questo contesto, uno degli elementi fondamentali che ogni infermiere deve costantemente tenere a mente è l'articolo 4 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche: "Il tempo di relazione è tempo di cura". Questo principio, apparentemente semplice, racchiude in sé una filosofia di cura che va oltre la semplice esecuzione di procedure tecniche. L'articolo 4 sottolinea l'importanza della relazione tra infermiere e paziente come parte integrante del processo di cura. Questo principio si fonda sulla consapevolezza che il tempo dedicato alla comunicazione e all'interazione con il paziente non è mai sprecato. Anzi, è un elemento cruciale per il successo terapeutico. L'infermiere, nel dedicare tempo all'ascolto e alla comprensione dei bisogni del paziente, contribuisce a creare un ambiente di fiducia e sicurezza, indispensabile per il benessere psicologico e fisico del malato. Nel contesto sanitario moderno, spesso frenetico e orientato all'efficienza, il tempo sembra essere una risorsa scarsa. Tuttavia, gli infermieri devono ricordare che ogni minuto trascorso a costruire una relazione con il paziente è un investimento nel processo di guarigione. La relazione di cura non è un'appendice del trattamento, ma un pilastro fondamentale. Attraverso il dialogo e l'empatia, l'infermiere può raccogliere informazioni preziose che possono influenzare positivamente l'approccio terapeutico. L'empatia e l'ascolto attivo sono strumenti essenziali per comprendere non solo i sintomi fisici, ma anche le preoccupazioni emotive e psicologiche del paziente. L'infermiere che pratica l'ascolto attivo dimostra

al paziente che i suoi sentimenti e le sue preoccupazioni sono importanti, contribuendo così a ridurre l'ansia e a migliorare l'aderenza al trattamento.

Strategie di comunicazione per la promozione della salute

La comunicazione gioca un ruolo cruciale anche nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie. Gli infermieri devono essere in grado di educare i pazienti su comportamenti sani, sulle modalità di gestione delle loro condizioni croniche e sull'importanza della prevenzione. Durante l'evento, sono state presentate diverse strategie per migliorare l'efficacia della comunicazione educativa, come l'uso di materiali informativi chiari e comprensibili, e l'impiego di tecniche di insegnamento interattive. L'uso di tecniche di comunicazione visiva, come infografiche e video educativi, può rendere le informazioni più accessibili e comprensibili per i pazienti. Inoltre, le sessioni di gruppo e i workshop possono offrire un ambiente interattivo in cui i pazienti possono apprendere e condividere esperienze. Ad esempio, l'uso di modelli anatomici e di dimostrazioni pratiche può aiutare i pazienti a comprendere meglio le informazioni cliniche e a sentirsi più coinvolti nel loro percorso di cura.

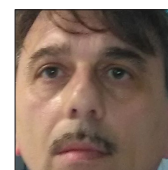
L'evento di Pugnochiuso ha rappresentato un'opportunità unica per infermieri e studenti di approfondire il valore della comunicazione e sviluppare strategie comunicative efficaci. Le giornate intense di lavoro, i relatori di alto livello e l'entusiasmo degli studenti hanno contribuito a creare un'esperienza formativa e arricchente, consolidando le basi per una professione infermieristica sempre più competente e consapevole dell'importanza della comunicazione. L'importanza della crescita professionale, dell'ascolto, del prendersi cura e dello scambio comunicativo sono stati ribaditi con forza, evidenziando come questi aspetti siano fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza e il benessere dei pazienti. Inoltre, la convivialità e l'unione che questo evento ha promosso tra i partecipanti hanno rafforzato i legami tra i professionisti, creando un network solido e cooperativo.

Continuiamo a lavorare insieme per un futuro luminoso nel campo dell'infermieristica, dove la comunicazione efficace diventa un pilastro fondamentale per il miglioramento delle cure e del benessere dei pazienti.

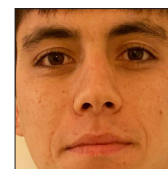
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. P. Gobbi – Comunicare è tempo di cura <https://www.youtube.com/watch?v=5pUrFCdNBuA> – Ultima Consultazione 24/07/2024.
2. La Cartella Clinica Elettronica - <https://www.agendadigitale.eu/sanita/cartella-clinica-elettronica-serve-una-riprogettazione/> – Ultima Consultazione 24/07/2024.
3. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 – FNOPI - codice-deontologico-2019-correzione-1-agosto.pdf (fnopi.it) – Ultima Consultazione 24/07/2024.
4. Laboratorio di Arte e Scienze Infermieristiche – Nursing Narrativo ASL BARI https://www.sanita.puglia.it/ricerca_det/-/journal_content/56/25619/u-o-s-direzione-delle-professioni-sanitarie-ospedaliero – Ultima Consultazione 24/07/2024.

L'ECMO (EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION) IN EPOCA NEONATALE



Domenico
DENTICO



Raffaele
MANZARI

L'ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) o ECLS (ExtraCorporeal Life Support) è una tecnica di circolazione extracorporea garantita da una macchina cuore-polmone per sostituire temporaneamente la funzione del cuore e dei polmoni.

Il funzionamento della macchina prevede una pompa rotativa centrifuga che vicaria la funzione cardiaca e consente di prelevare il sangue dal paziente per poi inviarlo al 'polmone artificiale (ossigenatore a membrana), che provvede ad arricchire il sangue di ossigeno e rimuove l'anidride carbonica in eccesso. Il sangue, scorrendo nel circuito, perde calore e quindi un riscaldatore in linea provvede a riscaldarlo prima che ritorni nel sistema vascolare del paziente. L'uso di questa procedura è riservata ai neonati affetti da grave insufficienza respiratoria e/o insufficienza cardiocircolatoria non responsive ai trattamenti convenzionali massimali.

L'ECMO per grave insufficienza respiratoria neonatale si è ridotta gradualmente nel tempo, grazie al miglioramento delle modalità protettive di ventilazione polmonare (NIV, SIPPV+VG, HFO, HFO+VG), alla somministrazione endotracheale di surfattante con tecniche meno invasive (LISA - Less Invasive Surfactant Administration) e all'inalazione di ossido nitrico (vasodilatatore polmonare selettivo) per l'ipertensione polmonare.

Si riportano due principali modalità di ECMO:

1-ECMO Veno-Venoso (ECMO VV). Il prelievo ematico (efflusso) avviene dal circolo venoso e la reinfusione del sangue, ossigenato e ridotto della CO₂, avviene nel circolo venoso (ECMO veno-venoso). Si utilizza una speciale cannula vascolare a doppio lume da 14 French (Fr) che presenta il vantaggio di drenare e restituire il sangue attraverso un unico catetere per un singolo accesso vascolare

(ECMO VVDL -Venovenous Dual Lumen).

2-ECMO Veno-Arterioso (ECMO VA). Viene utilizzato per supportare sia il sistema cardiocircolatorio che il sistema respiratorio in caso di insufficienza cardiaca primaria o insufficienza respiratoria con insufficienza cardiaca secondaria.

Il sangue viene drenato da una singola grossa vena (vena giugulare interna o vena femorale) e ritorna, dopo essere stato ossigenato, privato della CO₂ in eccesso e riscaldato, al sistema arterioso (arteria carotide interna).

Le cannule utilizzate possono essere posizionate sia per via percutanea tramite tecnica 'Seldinger' sia tramite isolamento chirurgico del vaso a letto del paziente. La gravità dell'insufficienza respiratoria può essere misurata attraverso il calcolo dell'indice di ossigenazione (OI - Oxygenation Index), che corrisponde alla MAP (Pressione Media delle vie Aeree) x FiO₂/PaO₂ x100.

L'assistenza medica/infermieristica prevede i seguenti punti:

- Conoscenza e gestione delle apparecchiature.
- Monitoraggio dei parametri emodinamici, ventilatori e vitali, diuresi e bilancio idrico, emogasanalisi.
- Accesso venoso centrale, catetere arterioso post-duttale, disponibilità di sangue compatibile, emocromo completo, profilo coagulativo, ecografia cerebrale ed ecocardiografia.
- Gestione dei cateteri, linee infusionali e somministrazione di farmaci, monitoraggio della pressione arteriosa cruenta, drenaggi.
- Corretto posizionamento e mobilizzazione del neonato, controllo del dolore, rispetto della care, verifica della perfusione periferica, prevenzione delle infezioni e cura dell'igiene personale.
- Preparazione del circuito ECMO. La membrana

che viene utilizzata per il neonato è quella in silicone con un'area tra 0,8 m² e 1,5 m². Il circuito viene riempito con sangue preparato nel seguente modo: 500 ml di emazie concentrate, negative per citomegalovirus (CMV) e con meno di 7 giorni, 200 ml di plasma fresco congelato, 2 unità di crioprecipitato e 2 unità di piastrine non concentrate. Al circuito vengono poi aggiunti eparina, THAM (Tris-idrossimetil-amminimetano) e calcio gluconato. Prima che inizi la procedura bisogna eseguire i seguenti esami basali di laboratorio (tempo zero): pH, PCO₂, PO₂, HCO₃⁻, Na⁺, K⁺ e Ca⁺⁺ ionizzato.

- Controllo dell'analgesia e sedazione attraverso l'uso combinato di oppioidi (fentanyl) e benzodiazepine e paralisi muscolare con pancuronio.
- Incannulamento da parte dei cardiocirurghi o chirurghi pediatrici al letto del neonato o in sala operatoria con approccio, in genere, chirurgico invasivo piuttosto che attraverso incannulamento transcutaneo preceduto 3 minuti prima dalla somministrazione di un bolo di eparina. Le cannule che si utilizzano, in caso di ECMO VA, hanno un diametro di 8-14 Fr per il lato venoso e 8-10 Fr per il lato arterioso. La tecnica prevede di incannulare per prima la vena facendo progredire il catetere fino a 6,5 cm dall'atrio dx, poi la cannula arteriosa fino a 3,5 cm nell'arco aortico. In caso di ECMO VV si utilizza, in genere, una cannula a doppio lume da 12-16 Fr.
- Controllo di eventuali complicanze meccaniche come trombi e aria nel circuito (comunemente a livello dell'ossigenatore, del 'bladder' e del 'bridge'), malfunzionamento dell'ossigenatore, rottura dei tubi (problema potenzialmente fatale), scarso ritorno venoso dal paziente al circuito (cause possibili ipovolemia, pneumotorace, tamponamento cardiaco, scorretto posizionamento dei cateteri, loro eccessiva lunghezza o ridotto diametro degli stessi, inginocchiamento dei tubi, dislivello eccessivo tra altezza del neonato e pompa).
- Controllo accurato della pressione arteriosa all'inizio dell'ECMO perché il neonato può essere decisamente iperteso e questa situazione insieme all'acidosi e terapia anticoagulante può rappresentare un fattore di rischio importante per determinare una emorragia intracranica. È importante trattare immediatamente qualsiasi situazione di ipertensione.
- Gestione della tecnica ECMO. Il flusso della pompa, nei neonati, è generalmente di 100-120 ml/Kg/min, mentre lo sweep gas flow viene impostato a 1-2,5 L/min. per una membrana di 0,8 m² e 1-4,5 L/min. per una membrana di 1,5 m². Controlli sistematici da effettuare includono la ricerca di coaguli e perdite nel circuito.
- Regolazione della temperatura adeguata del circuito attraverso l'impostazione sullo scambiatore di calore.
- Monitoraggio dei parametri di laboratorio: ACT, lattati, emocromo, elettroliti con calcio ionizzato, creatinina, ATIII, funzionalità epatica, fosfatasi alcalina, LDH, bilirubina, albumina, pre-albumina e proteine totali.
- Monitoraggio dei gas: normalmente la PaO₂ dovrebbe essere maggiore di 60 mmHg e la paCO₂ di 40-45 mmHg. Se paO₂ è <60 mmHg si può aumentare lo sweep gas della membrana ECMO e successivamente, se necessario, aumentare il flusso della pompa o l'ematokrito del neonato. Nell'ECMO VV per aumentare l'ossigenazione è necessario incrementare l'assistenza ventilatoria.
- Esecuzione della terapia anticoagulante con infusione di eparina per prevenire la formazione di trombi. Per evitare le complicanze emorragiche si dosano i livelli di anti-fattore Xa, che devono essere mantenuti tra 0,35 e 0,70 e in base a questi si modula la velocità di infusione dell'eparina (controllo del rischio emorragico).
- Utilizzo di emoderivati: si somministra plasma fresco congelato (20 ml/Kg) se PT >17 sec. Il fibrinogeno è mantenuto sopra i 100 mg/dl altrimenti si somministrano 0,1-0,2 unità/Kg di crioprecipitato. Inoltre si tengono sotto controllo le piastrine che devono essere oltre 100.000/mm³ e l'ematokrito oltre il 35% per facilitare l'Oxygen Delivery (DO₂), che è il prodotto dell'output cardiaco (CO) con il contenuto di ossigeno arterioso.
- Uso di antibiotici ad ampio spettro per ridurre il rischio di infezioni durante il supporto ECMO.
- Prevenzione delle infezioni, la cui elevata incidenza è legata all'immunodepressione del paziente, alle numerose procedure assistenziali e alla prolungata degenza ospedaliera.
- Utilizzo di fluidi e nutrizione per via parenterale. Non si utilizza alimentazione enterale in quanto potrebbe portare al rischio elevato di sviluppare enterocolite necrotizzante (NEC). I lipidi endovenosi sono somministrati, non attraverso il circuito, ma direttamente al paziente per altra via e non dovrebbero superare 1 gr/Kg/die per evitare la formazione di embolie nel circuito ECMO. Il glucosio e soluzioni di aminoacidi eventualmente possono essere infusi attraverso il circuito.
- Utilizzo dell'ultrafiltrazione, attraverso un emoconcentratore in linea con il circuito, per normalizzare il bilancio dei liquidi nei neonati a bilancio positivo, come nel caso di diuresi < 0,5 ml/Kg/h e bilancio di fluidi positivo > 500 ml/die e scarsa risposta alla terapia diuretica.
- Controlli diagnostici cerebrali: ecografia prima

dell'inizio dell'ECMO e in maniera seriata per tutta la durata del trattamento. EEG viene eseguito se si sospetta attività epilettica e la RMN-encefalo eventualmente al termine dell'ECMO.

- Gestione della ventilazione meccanica. L'obiettivo dell'ECMO VA è quello di far riposare il polmone evitando comunque il totale collasso polmonare, impostando una PIP di 25 cmH₂O, una PEEP di 5 cmH₂O, frequenza respiratoria di 10 a/m, un Ti di 1 sec. e una FiO₂ di 0,4. Nel caso di ECMO VV la ventilazione meccanica deve essere tale da garantire un adeguato scambio di gas in quanto i polmoni contribuiscono maggiormente all'ossigenazione e alla ventilazione rispetto all'ECMO VA.
- Svezzamento del neonato dall'ECMO: 'conditioning e cycling'.
- Conditioning significa iniziare a svezzare il paziente tentando di ridurre il supporto ECMO, diminuendo il flusso dello sweep gas e progressivamente il flusso della pompa ECMO e contemporaneamente aumentando i parametri ventilatori (FiO₂ a 1 e frequenza respiratoria a 25 a/m) per valutare la capacità di risposta e gli scambi gassosi del paziente.
- Cycling significa staccare temporaneamente il paziente dal circuito che nel caso dell'ECMO VA si ottiene clampando le due cannule vascolari (venosa e arteriosa) e aprendo il 'Bridge' cosicché il sangue possa continuare a fluire all'interno del circuito senza perfondere il paziente. Nell'ECMO VV, invece, il cycling viene garantito mantenendo il flusso sanguigno del circuito e interrompendo il flusso dello sweep gas.
- Decannulazione: viene presa in considerazione quando la patologia di base migliora e il neonato tollera una ventilazione moderata (PIP 30 cm H₂O, PEEP 5 cm H₂O, Fr 25 a/m, FiO₂ 0,35, PaO₂ >60 mmHg, PCO₂ 40-50 mmHg e pH <7,5).
- Documentazione infermieristica: inserimento di dati in cartella e utilizzo di schede infermieristiche.

Outcome

Si è registrata nel mondo, dal 1985 al 2015, una sopravvivenza dell'84% su un totale di 28.271 neonati sottoposti ad ECMO per supporto respiratorio (dati ricavati dal registro ECLS - Extracorporeal Life Support).

Il follow-up neurologico a distanza di 7 anni dal ter-

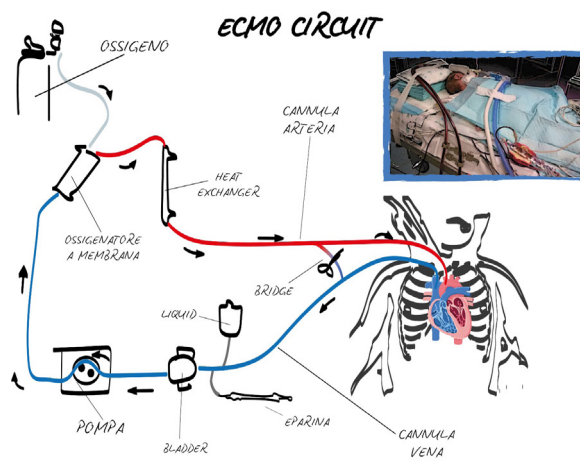
mine di un importante trial, ha mostrato che il 76% dei bambini sottoposti ad ECMO non ha mostrato differenze nelle abilità cognitive rispetto allo standard.

Il team ECMO e il trasporto verso un centro ECMO - modello Hub & Spoke

Un altro aspetto da considerare è il ruolo fondamentale rivestito dai team ECMO (formato da almeno due cardioanestesisti, un infermiere di area critica ed un tecnico perfusionista), istituiti, oramai, da diversi anni, soprattutto nella necessità di trasportare il paziente verso un centro di riferimento ECMO. In questi gruppi il ruolo e la competenza specifica avanzata degli infermieri sono di cruciale importanza.

Inoltre, per gestire al meglio il trasporto, è attiva da tempo una sorta di rete secondo il modello assistenziale 'Hub & Spoke', che prevede la stabilizzazione respiratoria e cardio-circolatoria del paziente in un centro 'Spoke' e il trasporto, in sicurezza, verso il centro 'Hub', dove continuerà a ricevere le cure specifiche.

In questo contesto operativo multiprofessionale e multidisciplinare il team ECMO si avvale del trasporto tramite ambulanze adeguatamente predisposte e per distanze più elevate anche di aerei C130 dell'aeronautica militare.



In figura (fonte degli AA) schema riguardante il circuito ECMO. In alto a dx neonato sottoposto ad ECMO VV e stabilizzato da parte di un team ECMO in un centro di II livello (SPOKE) e trasportato in un centro (HUB) con aereo militare per grave ipertensione polmonare persistente (PPHN - Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn).

BIBLIOGRAFIA

1. Cloherty e Stark's 'Manuale di Neonatologia' 8ª edizione (2017), Antonio Delfino Editore.
2. Extracorporeal Life Support Organization (2016), Guidelines for neonatal respiratory failure.
3. McNally H, Bennett CC, Elbourne D et al. (2006) 'United Kingdom collaborative randomized trial of neonate extracorporeal membrane oxygenation: follow-up to age 7 years'. Pediatrics, vol.117, no 5, pp e845-e854.

LE DIPENDENZE DERIVANTI DALLA NUOVA TECNOLOGIA

Le dipendenze tecnologiche rappresentano una minaccia concreta e possono contribuire a creare una serie di problemi neurologici, psicologici e sociali, che in alcuni casi estremi possono potenzialmente essere fatali



Maria
ROMANAZZI



Saverio
CAMPANELLA

L'American Society of Addiction Medicine nel 2019 ha affermato che le dipendenze non si limitano solo all'uso di sostanze come droghe e alcol, ma possono riguardare comportamenti.

In generale, parliamo di dipendenza quando il comportamento di una persona influisce negativamente sulla propria salute fisica e mentale, reca danno alle relazioni interpersonali, interferisce con il lavoro e causa anche instabilità economica.

Negli ultimi anni, i concetti di abuso e di dipendenza si sono ampliati notevolmente, infatti, nel passato si riferivano unicamente all'uso di sostanze, mentre oggi comprendono un insieme di disturbi in cui l'oggetto della dipendenza non è solo una sostanza, ma anche attività ammesse, socialmente accettate, e addirittura promosse.

Le principali caratteristiche che si riscontrano in tutte le dipendenze sono, piacere e sollievo, sensazioni gradevoli ma limitate ai periodi iniziali della messa in atto del comportamento o dell'uso della sostanza (fase denominata "luna di miele"); idea prevalente riferita al comportamento o alla sostanza, per cui vi è l'impossibilità di resistere all'impulso di pratica o di assunzione, vissuta con modalità compulsive; sensazione crescente (craving) di tensione e desiderio che precede la pratica del comportamento o l'assunzione della sostanza; sensazione di benessere durante la messa in atto; disagio fisico e psichico (astinenza) derivato dalla riduzione del tempo dedicato alla messa in atto del comportamento o dall'interruzione o alla ridotta assunzione della sostanza; la perdita di controllo nel cercare di diminuire oppure a non mettere in atto il comportamento problematico; incapacità di porre fine alla prati-

ca di un comportamento o all'assunzione di una sostanza nonostante le evidenti conseguenze negative sulla vita dell'individuo.

Le dipendenze tecnologiche, derivanti dalla nuova tecnologia, meglio conosciute come dipendenze digitali o da internet, rientrano nella categoria delle dipendenze comportamentali e possono rappresentare una minaccia reale e contribuire a diversi problemi neurologici, psicologici e sociali.

Le dipendenze digitali o da internet includono un ampio insieme di diversi comportamenti problematici, che definiscono diverse tipologie:

- Dipendenza dalle relazioni virtuali;
- Dipendenza ricerca di informazioni;
- Dipendenza da shopping compulsivo online;
- Dipendenza da giochi on line;
- Dipendenza dal sesso virtuale.

Queste dipendenze vengono spesso ignorate, perché l'uso dei dispositivi digitali, oggi, è ampiamente accettato socialmente.

La diffusione della tecnologia e la sua accettazione in ambito sociale contribuiscono a ridurne la percezione come minaccia immediata, come accade, al contrario, per le altre tipologie di dipendenza come quelle da alcol o droghe che sono generalmente riconosciute come condizioni acute e potenzialmente dannose.

Gli individui affetti da dipendenza tecnologica possono passare inosservati ai loro cari, poiché spesso sembrano impegnati in attività apparentemente importanti, come lavorare sui dispositivi digitali.

L'uso eccessivo e compulsivo della tecnologia può influire negativamente sulla salute e sul benessere delle persone.

Al contrario delle credenze comuni, le dipendenze



tecnologiche possono rappresentare una minaccia concreta, contribuendo a problemi neurologici, psicologici e sociali e, in alcuni casi estremi, fino a risultare potenzialmente fatali.

Benché sia raro che la dipendenza digitale conduca alla morte, siffatta eventualità sussiste, specialmente quando gli individui utilizzano dispositivi digitali durante attività ad alto rischio, come alla guida di veicoli o mentre fanno foto o video per i social media in luoghi pericolosi.

Le dipendenze digitali, inoltre, possono compromettere le relazioni interpersonali in quanto si è notato che nell'individuo vi è una perdita dell'interesse nella socializzazione diretta, poiché predilige l'interazione con dispositivi digitali, e di conseguenza tutto ciò contribuisce all'isolamento sociale.

Ancora, le dipendenze tecnologiche influenzano negativamente la salute fisica, generando mal di testa, mal di schiena, sindrome del tunnel carpale, variazioni di peso, e possono aggravare anche dei disturbi preesistenti come ansia, depressione, disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD), disturbi del sonno, aumentando i livelli di stress. Inoltre, a causa di una dieta scorretta, della mancanza di esercizio fisico e della mancanza di cure personali adeguate può danneggiare la salute fisica.

Possiamo identificare una dipendenza tecnologica attraverso alcuni segni e sintomi, come:

- Preoccupazione eccessiva e pensieri costanti riguardanti l'uso della tecnologia e difficoltà a smettere di usarla.
- Utilizzo compulsivo dei dispositivi digitali e desiderio persistente di usarli.
- Difficoltà a controllare o a smettere di usare dispositivi digitali.
- Negligenza di responsabilità importanti nelle attività quotidiane come il lavoro, lo studio o le relazioni a causa dell'uso smoderato della tecnologia.
- Persistenza nell'uso dei dispositivi digitali nonostante le conseguenze negative.
- Perdita di interesse per attività sociali e ricreative a favore della tecnologia.
- Utilizzo dei dispositivi digitali in situazioni pericolose, come ad esempio durante la guida di un mezzo oppure attraversando la strada.

- Presenza di sintomi come ansia, depressione, stress o irritabilità correlati all'uso della tecnologia.
- Utilizzo dei dispositivi digitali per ottenere piacere o gratificazione.
- Necessità di aumentare il tempo trascorso con la tecnologia per ottenere lo stesso livello di soddisfazione.
- Negare a familiari, amici o colleghi, per evitare sentimenti di colpa o vergogna, sulla quantità di tempo trascorso nell'utilizzare la tecnologia.
- Utilizzo dei dispositivi digitali per periodi più lunghi del previsto o in modo più frequente nel tempo.
- Sintomi di astinenza come irritabilità, ansia o disagio quando non si può accedere alla tecnologia.
- Incapacità, perdita di controllo, di limitare l'uso della tecnologia nonostante le conseguenze negative.
- Problemi di salute fisica (come mal di testa o disturbi del sonno) o psicologica (come ansia o depressione) correlati all'uso eccessivo della tecnologia.

L'identificare precocemente questi segni sicuramente aiuta a determinare se una persona sta sviluppando una dipendenza tecnologica e potrebbe essere il primo passo per intervenire e cercare supporto appropriato.

È fondamentale trovare un equilibrio tra gli impatti negativi e positivi della tecnologia. Per affrontare efficacemente questa problematica, è essenziale che i professionisti dei servizi socio-sanitari devono interessarsi anche della salute mentale e possono farlo cercando di comprendere e riconoscere i sintomi e i segni delle dipendenze comportamentali. Importante attivare una rete di prevenzione, di informazione e di formazione ad ogni livello e soprattutto verso i più giovani in età scolare durante i primi approcci alla rete.

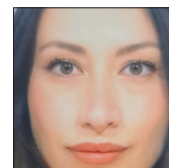
Promuovere un'assistenza territoriale integrata, e l'infermiere è un elemento centrale di questa trasformazione. Solo attraverso un impegno reale e una collaborazione efficace tra professionisti, istituzioni e comunità si potrà raggiungere una migliore qualità di vita e salute per tutti i cittadini.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

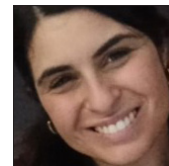
1. <https://www.stateofmind.it/2024/05/dipendenze-tecnologiche/>.
2. <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/673?articlesBySameAuthorPage=3>.
3. <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>.
4. https://www.iss.it/en/dipendenze/-/asset_publisher/zwfXwoiZC6zu/content/id/5355979.
5. American Society of Addiction Medicine (ASAM) "National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder 2020".
6. https://www.politicheantidroga.gov.it/media/mlsigkh0/relazione-al-parlamento_2024.pdf.

LA SINDROME DEL BAMBINO SCOSSO

Uno studio conoscitivo e osservazionale rivolto ai genitori e/o caregiver di bambini di età fino a 2 anni



Cristina
CALABRESE



Roberta
VISAGGIO

La sindrome del bambino scosso (Shaken Baby Syndrome, S.B.S), rappresenta una delle forme più tragiche ed insidiose di maltrattamento infantile, che ha richiamato l'attenzione sia della comunità scientifica che dell'opinione pubblica nell'arco degli ultimi decenni.

Questa condizione devastante colpisce neonati e lattanti, spesso in modo silenzioso e apparentemente invisibile, ma con conseguenze che cambiano la vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie. La S.B.S si manifesta quando un genitore o un caregiver, sotto stress o frustrazione, reagisce con un atto violento di scuotimento del bambino, per la maggior parte dei casi di tipo intenzionale, con o senza il contatto della testa con una superficie rigida. Gli effetti di questa brusca e violenta azione, anche se protratti per pochi istanti, possono generare esiti estremamente deleteri, causando danni neurologici permanenti, disabilità gravi e in alcuni casi persino la morte.

Fattori di rischio

In genere, gli autori di questa azione violenta è un caregiver o un genitore e nella maggior parte dei casi di sesso maschile. Questo atto di scuotimento è spesso collegato a una ridotta tolleranza allo stress, determinata da fattori individuali, familiari, relazionali o contestuali, che, quando combinati, favoriscono la condotta compulsiva. Uno dei principali fattori scatenanti è il pianto del bambino, specialmente nei primi mesi di vita, durante i quali ripetuti episodi di pianto si concentrano prevalentemente nelle ore serali, senza particolari correlazioni con l'ambiente circostante, risultando particolarmente difficili da gestire. Questo tipo di pianto può creare dei sentimenti di frustrazione, impotenza, inadeguatezza, colpa o rabbia nel caregiver, sollecitan-

do possibili reazioni impulsive, soprattutto se associate ad altre condizioni di aumento dello stress. Altri fattori includono fatica cronica dei genitori o caregiver, mancanza di supporto sociale, depressione post-partum, problematiche economiche e stress relazionale.

Meccanismo e conseguenze delle lesioni

Lo scuotimento avviene attraverso movimenti rapidi e ripetitivi di flessione ed estensione del capo e del collo mentre il bambino viene afferrato per il tronco. Le dimensioni ancora ingenti del cranio e la muscolatura del collo inadeguata fanno sì che il contenuto della cavità cranica (cervello, cervelletto e midollo allungato), subisca un'accelerazione e una decelerazione rapida. Questo porta a traumi contusivi contro la scatola cranica, lesioni nervose e rottura dei vasi sanguigni con conseguenti emorragie.

Epidemiologia e Prognosi

Le vittime della SBS sono principalmente bambini di età inferiore ai 2 anni, sebbene anche bambini fino a 5 anni possono essere coinvolti, con una maggior incidenza tra i neonati di 6-8 settimane, poiché in questa fascia di età tendono a piangere maggiormente. Le particolari caratteristiche anatomiche dei neonati, come le suture craniche non completamente fuse e la dimensione del capo ingente rispetto al resto del corpo, li rendono particolarmente vulnerabili alle lesioni cerebrali causate dalle scosse violente. La SBS costituisce la principale causa di mortalità e disabilità a lungo termine nei neonati e nei bambini soggetti ad abusi fisici e rappresenta il 5% di tutti gli accessi in Pronto Soccorso per abuso sui minori. L'incidenza della sindrome in Italia è ancora sconosciuta, con stime che indicano circa 35 casi ogni 100.000 bambini.

Diagnosi e Riconoscimento

Riconoscere la sindrome del bambino scosso da al-

tre forme di incidente rappresenta una sfida per i professionisti sanitari e non solo, poiché entrano in gioco diversi fattori tra cui l'occultamento dei reali fatti da parte di chi ha commesso il reato e la tenera età del neonato o bambino coinvolto che lo rende incapace di parlare e denunciare l'accaduto. Bisognerebbe porre l'attenzione ad alcuni campanelli di allarme come la presenza una storia poco plausibile o incoerente con i segni e i sintomi manifestati, l'ingresso di un nuovo partner adulto nella famiglia, la segnalazione di ritardi nella ricerca di assistenza medica, l'evidenza fisica di lesioni multiple in varie fasi di guarigione

Alcuni test diagnostici possono essere effettuati per confermare la SBS come la tomografia computerizzata (TC), la risonanza magnetica (RM) della testa e della colonna vertebrale, l'esame oftalmologico e le radiografie.

Obiettivo dello studio di ricerca

Lo studio ha mirato ad esplorare la conoscenza della sindrome del bambino scosso tra genitori o caregiver di bambini di età fino a 2 anni, residenti in Italia, per valutare e migliorare la consapevolezza, l'atteggiamento e la conoscenza riguardo alla sindrome e inoltre ha permesso di realizzare un utile opuscolo, che è stato, poi, distribuito ai partecipanti, riguardante la prevenzione di questa grave sindrome.

Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario validato presente nello studio 'An Assessment of the Knowledge and Practice of Shaken Baby Syndrome Among Caregivers in Paediatrics Unit Chukwuemeka Odumegwu Ojukwu University Teaching Hospital, Awka' pubblicato sul Journal of Health, Medicine and Nursing nel 2019. Il questionario è stato diffuso attraverso la piattaforma Google Form e tramite i social media. La partecipazione allo studio è stata volontaria. Il questionario è stato strutturato in tre parti: nella prima parte abbiamo raccolto informazioni anagrafiche e conoscitive preliminari, nella seconda parte abbiamo strutturato le domande mirate a valutare la conoscenza sulla Sindrome del Bambino Scosso, mentre nella terza abbiamo incluso domande per valutare l'eventuale presenza di comportamenti potenzialmente pericolosi nell'ambiente familiare. Si è trattato di uno studio trasversale descrittivo. La raccolta è stata effettuata dal 1° agosto al 30 settembre 2023. I dati sono stati, poi, analizzati utilizzando Excel e rappresentati in forma tabellare e grafica interpretandoli nel modo opportuno. È stato ottenuto il consenso scritto informato dei partecipanti alla ricerca prima della somministrazione dei questionari e tutte le informazioni raccolte sono state mantenute strettamente confidenziali. I limiti dello studio sono stati la ristrettezza temporale, la scarsa predisposizione dei partecipanti nel rispondere al que-

stionario per via della delicatezza dell'argomento e il numero ridotto del campione.

Risultati

Risultati sociodemografici

Un totale di 105 volontari ha preso parte alla ricerca, di cui 85 donne (81%) e 20 uomini (19%). La maggioranza dei partecipanti è risultata essere sposata (64 partecipanti, pari al 61%), mentre la stragrande maggioranza (78 partecipanti, corrispondenti al 74,3%) ha raggiunto il livello di istruzione terziaria come grado di istruzione più elevato.

Risposte relative alla conoscenza della SBS

Il 76,2% dei partecipanti è a conoscenza della sindrome del bambino scosso (SBS), di questi il 33,7% ha ottenuto questa conoscenza attraverso libri, il 32,6% da altre fonti, mentre il resto l'ha appresa da internet e social media.

Comparazione tra la conoscenza della Sindrome ed il livello di istruzione più elevato

La consapevolezza riguardo la Sindrome del Bambino Scosso (SBS) è significativamente più elevata tra coloro che hanno raggiunto un grado di istruzione terziario (60,95%). Seguono coloro che hanno completato la scuola secondaria (13,33%) e coloro che hanno frequentato solo la scuola primaria (1,91%). È interessante notare che tra coloro con un'istruzione terziaria si registra anche il più alto numero di partecipanti che non sono a conoscenza della SBS.

Risposte relative all'applicazione di pratiche rischiose per il bambino

Il 7,6% (8 su 105) dei partecipanti ha scosso violentemente il proprio bambino in passato. Un 7,6% scuote i propri figli quando cerca di farli addormentare, il 26,7% li scuote in modo giocoso, il 13,3% li lancia in alto e li afferra ed il 6,7% li scuote quando piangono troppo. Nella tabella sono riassunte anche altre pratiche sbagliate adottate dai genitori e/o caregiver partecipanti che possono causare la sindrome del bambino scosso

Osservazione dei casi di scuotimento

Degli 8 partecipanti che hanno dichiarato di aver scosso violentemente il proprio bambino in passato la maggioranza (62%) è risultata essere donna, comprese tra i 36-45 anni (50%) e sposata (62%).

Discussione e conclusione

La consapevolezza della sindrome del bambino scosso (SBS) è cruciale per la sua prevenzione. Secondo i dati raccolti, il 76,2% dei partecipanti possiede conoscenze sulla sindrome, con una consapevolezza significativamente maggiore tra coloro che hanno un'istruzione terziaria (60,95%). Le informazioni vengono acquisite attraverso diverse fonti, come libri, internet e social media, evidenziando la necessità di risorse affidabili e comprensibili anche per chi ha un livello di istruzione inferiore. Nonostante gli sforzi del settore sanitario, persiste una con-

Mamma...Papà... non scuotermi!

Preveniamo insieme la Sindrome del Bambino Scosso

Materiale Informativo prodotto dal Polo Formativo
Di Venere - Corso di Laurea in Infermieristica -
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Cos'è la Sindrome del Bambino Scosso (SBS)

La SBS è una grave condizione medica che si verifica quando un neonato viene afferrato e scosso violentemente da un genitore o da un caregiver, spesso spinto dallo stress causato dal pianto.

Ma attenzione! Scuotere il tuo bambino può avere conseguenze devastanti:

- Convulsioni
- Danneggiamento delle capacità motorie e cognitive
- Problemi alla vista
- Rischio di morte

Prevenire la SBS è fondamentale. Impara come proteggere il tuo bambino e mantieni un ambiente sicuro e amorevole per lui.

Affronta i pianti del tuo neonato: Un breve manuale

I primi 3-5 mesi di vita del tuo bambino possono essere impegnativi a causa dei pianti intensi e apparentemente inconsolabili. Ma ricorda, questo è un periodo temporaneo e la situazione migliorerà con il tempo. Ecco cosa devi sapere su questo periodo definito **PURPLE**:

P - Peak-Picco del pianto: Il periodo di pianto più intenso si verifica tra i 2 e i 3-5 mesi di età.

U - Unexpected- Imprevisto: Il pianto spesso inizia e finisce senza alcun motivo apparente.

R - Resiste soothing- Resistente alla consolazione: Il tuo bambino può essere difficile da calmare.

P - Pain like face- Espressione di dolore: Anche se non prova dolore, il tuo bambino potrebbe sembrare sofferente.

L - Long lasting- Lunga durata: Il pianto può durare diverse ore al giorno.

E - Evening- Sera: Spesso, il bambino piange di più nel tardo pomeriggio o la sera.

«Piangere è il mio unico modo di comunicare, se questo ti esaspera allontanati e chiedi aiuto.»

Come Calmare il Pianto del Tuo Bambino: Consigli Utili

- 1. Soddisfa i Bisogni Primari:** Prima di tutto, assicurati che i bisogni fondamentali siano stati soddisfatti. Verifica se ha fame, se ha bisogno di essere cambiato, se è stanco.
- 2. Rumore di Fondo:** Riproduci un rumore di fondo, come quello di un aspirapolvere o di un asciugacapelli. Questi suoni possono ricreare l'effetto ronzio simile al grembo materno, aiutando il tuo bambino a calmarsi.
- 3. Suzioni:** Offri al tuo bambino la possibilità di suzioni, che sia al seno, alla tettarella o attraverso un oggetto tranquillizzante. Un dito può anche essere una fonte di conforto.
- 4. Avvolgimento:** Avvolgi il tuo piccolo delicatamente in un lenzuolino per farlo sentire più sicuro e protetto. Questa sensazione di calore e sicurezza può aiutarlo a rilassarsi.
- 5. Cullalo Dolcemente:** Utilizza una sedia a dondolo, un'altalena per neonati o persino un breve giro in macchina nell'ovetto. Questi movimenti riproducono il movimento costante sperimentato nel grembo materno e possono aiutare a tranquillizzare il tuo bambino. Ricorda, ogni bambino è unico, quindi potresti dover sperimentare diverse tecniche per trovare quella che funziona meglio per lui. Sei paziente e amorevole, e presto il tuo bambino si sentirà più a suo agio.

siderevole disinformazione e la presenza di comportamenti rischiosi nelle famiglie, con il 23,8% dei partecipanti non informato sulla SBS. Per affrontare questa situazione, è stato distribuito un opuscolo informativo (immagine in basso) contenente dettagli sulla sindrome e consigli pratici per la gestione dei neonati. Destano preoccupazione i dati secondo cui il 7,6% dei partecipanti ha ammesso di aver scos-

bambini. È imperativo sensibilizzare genitori, caregiver e la società sulla SBS, fornendo risorse e supporto adeguati per garantire un ambiente sicuro e amorevole per i bambini. La prevenzione della SBS richiede un impegno costante nella diffusione di informazioni accurate e nell'educazione su come gestire il pianto e lo stress dei neonati in modo sicuro.

BIBLIOGRAFIA

1. Hung KL. Pediatric abusive head trauma. Biomed J. 2020 Jun;43(3):240-250. doi: 10.1016/j.bj.2020.03.008. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32330675; PMCID: PMC7424091.
2. Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. Am J Dis Child. 1972;124(2):161-169. doi:10.1001/archpedi.1972.02110140011001.
3. "Progetto REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum) - Violenza e abuso su minore." A cura di Alessio Pitidis, Eloise Longo, Paolo Cremonesi e Gruppo di lavoro Progetto REVAMP. 2019. VIII, 62 p. Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN 19/29. Disponibile online all'indirizzo: (<https://www.emergency-live.com/it/wp-content/uploads/2020/08/Violenzasu-Minori-progetto-REVAMP.pdf>).
4. An Assessment of the Knowledge and Practice of Shaken Baby Syndrome Among Care Givers in Paediatrics Unit Chukwuemeka Odumegwu Ojukwu University Teaching Hospital, Awka- Nwachukwu C. C., Eyisi C. S., Njelita I. A., Eyisi I. G., Igbokwe L. N., Umeh U. M. -30 October 2019- Journal of Health, Medicine and Nursing DOI: 10.7176/JHMN/67-11.

LE REGIONI E L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA

L'autonomia differenziata si riferisce alla possibilità per le regioni di ottenere una maggiore autonomia su alcune materie rispetto a quanto previsto dalla Costituzione



Maria
COLAPINTO



Chiara
PERNIOLA

È stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale la Legge n. 86 del 26 giugno 2024 “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, terzo comma, della Costituzione”.

Questo rappresenta un passo rilevante verso il decentramento del potere amministrativo e legislativo alle regioni italiane a statuto ordinario, conferendo loro una maggiore autonomia nella gestione di specifiche competenze.

L’articolo 116 prevede che la legge ordinaria possa attribuire alle regioni “ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” sulla base di un’intesa fra lo Stato e la regione interessata.

La legge stabilisce i principi generali per conferire alle regioni ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, oltre a disciplinare la modifica e la revoca di tali attribuzioni, e definisce le modalità procedurali per l’approvazione delle intese tra lo Stato e le Regioni, nel rispetto delle prerogative e dei regolamenti parlamentari.

Alle regioni potrebbero essere trasferite le seguenti competenze: sanità e welfare; istruzione e formazione; ambiente e territorio; infrastrutture e trasporti; gestione delle risorse idriche e dei rifiuti.

Una legge molto contestata perché in teoria potrebbe aumentare il divario tra Nord e Sud.

L’autonomia differenziata è un concetto politico e amministrativo che riguarda la possibilità per le regioni italiane di acquisire un livello di autonomia migliore rispetto a quello stabilito dallo statuto ordinario.

Questo meccanismo consente alle regioni di gestire in maniera più autonoma determinate competenze amministrative, finanziarie, legislative adattandole meglio alle proprie specificità territoriali e alle esi-

genze locali, nel rispetto del quadro costituzionale e legislativo nazionale.

Tutto ciò è previsto dall’articolo 116 della Costituzione italiana, che consente alle regioni di richiedere competenze aggiuntive rispetto a quelle ordinarie.

Una regione, per ottenere l’autonomia differenziata, deve presentare una richiesta formale al governo centrale e dopo un periodo di trattative tra la regione e lo Stato, si arriva alla stipula di un’intesa che deve essere approvata dal Parlamento italiano con una legge a maggioranza assoluta.

Una legge che influenzerà significativamente la vita quotidiana dei cittadini del nostro Paese e che verosimilmente potrà rivoluzionare gli assetti istituzionali, rischiando di consolidare ulteriormente le fratture e le disuguaglianze già presenti.

L’autonomia differenziata offre alle regioni italiane l’opportunità di gestire le risorse e le politiche sanitarie e ambientali in modo più efficiente e adeguato alle loro specifiche esigenze.

L’autonomia differenziata potrà avere un impatto significativo, e in termini positivi che negativi, sull’ambiente sia sul servizio sanitario.

In definitiva trattasi di un riconoscimento, da parte dello Stato, dell’attribuzione a una regione a statuto ordinario di autonomia legislativa sulle materie di competenza concorrente e in tre casi di materie di competenza esclusiva dello Stato.

Insieme alle competenze, le regioni possono anche trattenere il gettito fiscale, che non sarebbe più distribuito su base nazionale a seconda delle necessità collettive.

Comunque, potrebbe comportare, altresì, dei rischi importanti, come la possibilità di produrre disparità tra regioni e la complessità nella coordinazione delle politiche sanitarie e sociali.

È essenziale che, nel processo di concessione

dell'autonomia differenziata, si considerino attentamente tali implicazioni sanitarie e sociali e si garantisca un quadro normativo che promuova la sostenibilità e la protezione dei livelli essenziali di prestazioni in tutte le regioni.

Trattasi di un rischio associato all'autonomia differenziata, praticamente le regioni più ricche possono investire di più nella tutela socio sanitaria, mentre quelle con minori risorse economiche potrebbero avere difficoltà a implementare politiche socio sanitarie efficaci.

Una norma molto contestata perché potrebbe aumentare le differenze tra Nord e Sud, anche se al momento definisce soltanto le procedure attraverso le quali le regioni possano eventualmente chiedere forme di autonomia differenziata.

Infatti, i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) e le risorse necessarie per gli stessi, avverrà in seguito. I Livelli Essenziali di Prestazione che in base alla Costituzione tutelano i "diritti civili e sociali" dei cittadini, rappresentano, praticamente, i requisiti minimi di servizio da garantire, in modo uniforme, in tutto il territorio nazionale, per assicurare i diritti sociali e civili sanciti dalla Costituzione.

La misura di questi finanziamenti dovrebbe essere stabilita prima della richiesta di autonomia, in modo tale da avere chiaro di quante risorse ha bisogno la regione richiedente.

Stabilire i LEP è un problema complesso e irrisolto, iniziato dalla riforma costituzionale del 2001 che ha previsto un potenziamento delle autonomie locali prevedendo e indicando all'articolo 117 le 23 materie che le regioni potrebbero gestire da sole, attribuendo allo Stato la responsabilità di definire i LEP. Le 23 materie di competenza concorrente tra Stato e Regioni sono elencate nell'articolo 117 della Costituzione italiana.

Ecco l'elenco completo:

Rapporti internazionali e con l'Unione Europea delle Regioni; Commercio con l'estero; Tutela e sicurezza del lavoro; Istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; Professioni; Ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; Tutela della salute; Alimentazione; Ordinamento sportivo; Protezione civile; Governo del territorio; Porti e aeroporti civili; Grandi reti di trasporto e di navigazione; Ordinamento della comunicazione; Produzione, trasporto e distribuzione

nazionale dell'energia; Previdenza complementare e integrativa; Coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; Valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; Casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; Enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale; Assicurazioni a carattere regionale; Mercati assicurativi regionali; Enti di credito cooperativo a carattere regionale; l'organizzazione della giustizia di pace; le norme generali sull'istruzione e la tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Comunque, per due materie, sanità e ambiente, i LEP sono già definiti (LEA e LEPTA - Livelli Essenziali di Prestazioni Tecniche Ambientali). Inoltre, nove materie sono "NON LEP", perciò immediatamente trasferibili (commercio con l'estero, previdenza complementare, professioni, protezione civile, rapporti internazionali e con Ue, coordinamento con finanza pubblica e sistema tributario).

Nell'ambito sanitario l'autonomia differenziata potrebbe far nascere una serie di rischi e non sono pochi, tra questi si evidenzia il rischio di far rinascere i sistemi mutualistici-assicurativi; la gestione dei fondi integrativi (tali fondi forniscono servizi, attività e prestazioni che possono essere integrative, complementari, aggiuntive, supplementari, sostitutive o duplicative rispetto a quelle coperte dai Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal servizio pubblico); la determinazione delle tariffe e ticket; la governance delle aziende, con la possibilità di avere un sistema variegato; interventi sul sistema di formazione post laurea; l'avvio di una competizione selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane che potrebbe essere alimentata dalle incentivazioni regionali e che conseguentemente svuoterebbe di valore il CCNL dei lavoratori.

Si ritiene che si stia giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese.

Il diritto alla salute, uno e indivisibile, di sicuro verrà declinato in 21 modi diversi, ponendo fine, conseguentemente, ad essere un bene pubblico nazionale per assumere un significato locale.

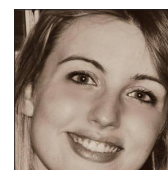
Per quanto concerne la sanità sembra che si stia procedendo a togliere, al diritto alla tutela della salute, una dimensione nazionale; l'impressione che si ha è quella che si sta mettendo in crisi il Servizio Sanitario Nazionale e non solo ma anche l'idea unitaria di Paese, di Repubblica e di Stato.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

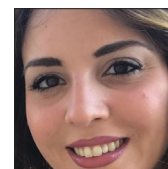
1. Legge n. 86 del 26 giugno 2024 "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione".
2. <https://www.certifico.com/component/attachments/download/40257>.
3. <https://www.consulcesi.it/legal/ambiente/blog/autonomia-differenziata-quali-conseguenze-ambiente>.
4. [https://www.fondoasim.it/fondi-assistenza-sanitaria-integrativa/#:~:text=Questi%20fondi%20offrono%20servizi%2C%20attivit%C3%A0,Assistenza\)%20garantiti%20dal%20servizio%20pubblico](https://www.fondoasim.it/fondi-assistenza-sanitaria-integrativa/#:~:text=Questi%20fondi%20offrono%20servizi%2C%20attivit%C3%A0,Assistenza)%20garantiti%20dal%20servizio%20pubblico).

NUOVE FRONTIERE DELLA MINDFULNESS

Nuove frontiere della mindfulness per la riduzione dello stress in pazienti con scompenso cardiaco: una revisione della letteratura



Alessia
SEGALA



Valentina
MASINO

L'epidemiologia dei pazienti con scompenso cardiaco, in Italia, è una questione importante poiché questa condizione rappresenta una delle principali cause di ospedalizzazione e mortalità nel paese. Molti sono gli studi in letteratura che pongono l'accento sull'importanza dell'uso della mindfulness per la prevenzione/gestione/controllo dello scompenso in quanto è dimostrato che questa ha una stretta correlazione con problematiche ansiogene-stressanti.

La mindfulness è una forma di consapevolezza che consiste nel prestare attenzione al momento presente in modo intenzionale, senza giudizio. Attraverso la mindfulness, si impara a essere consapevoli delle sensazioni fisiche, delle emozioni e dei pensieri che si manifestano nel momento presente. Ciò consente di sviluppare una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie reazioni, e di coltivare una risposta più equilibrata e consapevole allo stress e alle situazioni emotivamente intense. Molti studi infermieristici hanno dimostrato che la mindfulness può apportare alcuni benefici ai pazienti affetti da questa condizione medica:

- Riduzione dello stress: lo scompenso cardiaco è spesso accompagnato da uno stato di stress cronico, che può avere un impatto negativo sulla salute cardiaca. La mindfulness può aiutare i pazienti a gestire lo stress, riducendo i livelli di cortisolo (l'ormone dello stress) e favorendo una maggiore resilienza.
- Miglioramento della qualità della vita: la pratica della mindfulness può aiutare i pazienti con scompenso cardiaco a vivere meglio con la loro condizione. Riducendo l'ansia e la depressione, la mindfulness può contribuire a migliorare l'umore e la soddisfazione complessiva della vita.
- Gestione dell'ansia e della depressione: la min-

fulness è stata associata a una riduzione dei sintomi di ansia e depressione nei pazienti con scompenso cardiaco. Questo è particolarmente importante, poiché l'ansia e la depressione possono avere un impatto negativo sulla salute cardiaca e sulle capacità di adattamento dei pazienti.

- Miglioramento della funzionalità cardiovascolare: alcuni studi suggeriscono che la mindfulness può avere effetti positivi sulle funzioni cardiache, inclusa una migliore regolazione del battito cardiaco e della pressione sanguigna.

È importante sottolineare che la mindfulness da sola potrebbe non essere sufficiente come unico trattamento per lo scompenso cardiaco ma può essere un'aggiunta preziosa nel quadro generale della gestione della patologia. Essa è stata associata a numerosi benefici per la salute mentale e fisica, inclusa la riduzione dello stress, dell'ansia e della depressione.

Scopo della seguente revisione è analizzare l'impatto della mindfulness in pazienti con scompenso cardiaco al fine di migliorare la presa in carico infermieristica, il self-care della patologia e ridurre problematiche di ansia-depressione e stress.

La formulazione di una domanda di ricerca PICO aiuta a delineare chiaramente gli elementi fondamentali dello studio, facilitando la ricerca di evidenze scientifiche pertinenti e la progettazione di un protocollo di ricerca. È uno strumento comune utilizzato nel processo di pianificazione e conduzione degli studi clinici e di ricerca.

Per iniziare la ricerca degli studi ci si è attenuti alle linee guida Prisma 2020 con lo scopo di rendere il quesito coerente i punti in figura 1.

1. Protocollo di ricerca: la ricerca nasce da un interesse personale degli autori con l'obiettivo fu-

Tabella 1. PICO della revisione

P (Popolazione/paziente)	Pazienti con scompenso cardiaco
I (variabile indipendente-Intervento)	Uso della mindfulness
C (confronto)	Vs approccio tradizionale
O (variabile osservata-Outcomes)	Riduzione dell'incidenza delle riacutizzazioni della patologia cardiaca- miglioramento presa in carico dei disturbi dell'umore-riduzione ansia e stress

turo di approfondire la tematica per creare uno studio sul campo.

- Banche dati: sono state utilizzate le banche dati Pubmed, Cihani, Cochrane, ILISI oltre che una ricerca di sfondo su Google Scholar.
- Criteri di inclusione dei singoli studi: i singoli studi sono stati selezionati in relazione a criteri ben precisi. Si sono scelti studi al di sotto dei 10 anni con l'obiettivo di indagare gli studi più recenti. Si sono scelti studi che potessero essere consultabili per intero, in maniera gratuita e presenti nelle banche dati appena esposte. La lingua scelta è stata l'inglese ma si sono esaminati studi anche in italiano, tedesco, spagnolo, francese e portoghese.
- Tipi di indagine ammessi ed interventi: meta-analisi, revisioni sistematiche della letteratura, studi osservazionali (trasversali, descrittivi, qualitativi, quantitativi), studi sperimentali (caso-controllo, coorte), studi clinici randomizzati controllati.
- Popolazione: Pazienti adulti.

Criteri di esclusione della letteratura. Sono stati esclusi:

- Tutti gli articoli precedenti all'anno di pubblicazione 2000. Inizialmente si era scelto di fermarsi a 10 anni per ottenere la migliore evidenza scientifica.
- Articoli comprendenti indagini su pazienti in età infantile e/o pediatrica.
- Articoli che non prendevano in considerazione il PICO di ricerca.
- Tempi: la ricerca è stata svolta nel mese di giugno-luglio 2023 e non è stata ripetuta nel tempo.
- Analisi degli studi: ottenuto il full-text si è proceduto all'analisi dello stesso con iniziale traduzione, identificazione aree tematiche e raggruppamento degli studi come analizzato nel paragrafo risultati.
- Rischio di bias: il rischio di bias degli studi è stato inizialmente in fase di raccolta dati. Essendo un numero esiguo di studi, il primo rischio è stato sulla

popolazione di riferimento (in relazione alla patologia). Il secondo rischio di bias a cui si è andati incontro è in relazione alla metodica di conduzione dell'indagine che non era quantitativa ma mista.

Nella tabella 2, si evidenziano le keywords, la banca dati i limiti e le referenze selezionate per la letteratura al fine di rendere replicabile la revisione.

Risultati

Gli aspetti in comune tra tutti gli studi inseriti nella revisione sono i seguenti:

- Tema principale: Tutti gli studi si concentrano sull'applicazione della mindfulness (MBSR) come intervento per pazienti con malattie cardiovascolari, in particolare la malattia delle arterie coronarie (CAD).
- Popolazione di studio: Tutti gli studi coinvolgono pazienti con diagnosi di malattie cardiovascolari, come la CAD. Tuttavia, un solo studio specifica ulteriormente che i partecipanti sono sia affetti da diabete che da CAD.
- Interventi basati sulla mindfulness: Tutti gli studi utilizzano approcci basati sulla mindfulness come interventi principali. Ad esempio, alcuni studi si concentrano sul programma Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), altri sull'intervento di meditazione e mindfulness breve, e solo uno sul programma basato sulla mindfulness per pazienti con malattie cardiache (MBT).
- Obiettivi di valutazione: Tutti gli studi mirano a valutare l'efficacia degli interventi basati sulla mindfulness su vari esiti psicologici o sintomi.

Tabella 2. Strategie di ricerca, parole chiave, limiti, referenze, full text inseriti

Banca dati	Parole chiave	Limiti	Referenze	Referenze selezionate	Full text inclusi
<u>Pubmed</u>	Mindfulness [Mesh] AND coronary heart disease [Mesh]	Clinical Trial	8	3	1 (Nasiri et al., 2020)
<u>Pubmed</u>	Mindfulness [Mesh] AND coronary artery disease [Mesh] OR Coronary disease	No	8	3	3 (Lundgren et al., 2021; Keyworth et al., 2014; Jang et al., 2018)
<u>Cihani</u>	Mindfulness [Mesh] AND coronary heart disease [Mesh]	No	9	2	1 (Paswani et al., 2013)
<u>Pubmed</u>	Mindfulness [Mesh] AND Myocardial infarction	No	9	2	1 (Gu et al., 2023)
<u>Cochrane</u>	Mindfulness [Mesh] AND coronary heart disease [Mesh]	No	3	2	---



- Metodologia di studio: Tutti gli studi utilizzano una metodologia di ricerca che può includere dati quantitativi e qualitativi. Ad esempio, tre studi si basano su un disegno di studio randomizzato controllato (RCT), mentre uno utilizza un metodo misto che combina dati quantitativi e qualitativi.

La mindfulness può essere utile nel contesto della SCA per diversi motivi:

- Riduzione dell'ansia: La pratica della mindfulness può aiutare i pazienti a gestire lo stress legato alla diagnosi e al trattamento della SCA. L'attenzione consapevole può favorire una maggiore consapevolezza dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni fisiche, consentendo ai pazienti di sviluppare strategie di coping efficaci e ridurre la risposta allo stress/ansia.
- Miglioramento della regolazione emotiva: La mindfulness può favorire la consapevolezza e la gestione delle emozioni, consentendo ai pazienti di affrontare meglio l'ansia, la paura e la depressione associate alla SCA. Attraverso mindfulness, i pazienti possono imparare a riconoscere e accettare le emozioni difficili senza essere sopraffatti da esse.
- Miglioramento della qualità della vita: La mindfulness può contribuire al miglioramento generale della qualità della vita nei pazienti con SCA.
- Gestione dell'infiammazione e del recupero fisico: Alcune ricerche suggeriscono che la pratica regolare della mindfulness può influenzare positivamente il sistema immunitario e ridurre l'infiammazione nel corpo. Tuttavia, è importante notare che la mindfulness non sostituisce il trattamento medico appropriato per la SCA. La sua applicazione come parte di un approccio inte-

grato.

Conclusioni e ruolo infermieristico emerso

Dagli studi inclusi ma anche soprattutto dalla letteratura grigia emerge un importante ruolo infermieristico.

Un infermiere può svolgere un ruolo fondamentale nell'implementazione della mindfulness come parte dell'assistenza infermieristica per i pazienti affetti da sindrome coronarica o altre malattie cardiovascolari.

Gli infermieri possono educare i pazienti sulla mindfulness e sui suoi benefici per il benessere emotivo e fisico.

Spiegare come mindfulness può aiutare a gestire lo stress, migliorare la regolazione emotiva e promuovere una migliore aderenza al piano di cura. Gli infermieri possono fornire istruzioni sulla pratica formale e informale della mindfulness, incoraggiando i pazienti a integrarla nella loro routine quotidiana, fornendo supporto e motivazione ai pazienti mentre praticano la mindfulness, incoraggiandoli a perseverare anche quando incontrano difficoltà e a riconoscere i benefici della pratica.

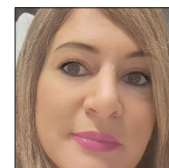
Gli infermieri possono valutare il benessere emotivo dei pazienti, inclusi livelli di stress, ansia e depressione.

È importante sottolineare che la mindfulness non dovrebbe essere utilizzata come sostituto delle terapie mediche o interventi tradizionali per la sindrome coronarica, ma come un complemento per migliorare l'approccio globale alla cura del paziente. Gli infermieri possono giocare un ruolo attivo nel fornire supporto e orientamento ai pazienti che desiderano sperimentare la mindfulness come parte del loro percorso di recupero e gestione della malattia cardiovascolare.

BIBLIOGRAFIA

1. Keyworth C., Knopp J., Roughley K (2014) A Mixed-Methods Pilot Study of the Acceptability and Effectiveness of a Brief Meditation and Mindfulness Intervention for People with Diabetes and Coronary Heart Disease *Behavioral Medicine*, 40: 53-64, 2014.
2. Nayeri A., Rafla-Yuan R., Krishnan S., Ziaei B., Cadeiras M., Mcpherson M., Qwlls Q. (2018) Psychiatric Illness in Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy: A Review. *Psychosomatics* ;59(3):220-226.
3. Sancrassini F., Carta M., Montisci R., Preti A., Machado S., Marchetti M., Meloni L (2018). Takotsubo Syndrome is Associated with Mood Disorders and Antidepressants Use, not with Anxiety and Impairment of Quality of Life Due to the Psychiatric Disorder *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 27;14:26-32.
4. Nasiri Z, Alavi M, Ghazavi Z, Rabiei K. (2020) The effectiveness of mindfulness-based intervention on perceived stress and perception of disease in patients with acute coronary syndrome. *J Edu Health Promot*; 9:130.
5. Jang S., Lee J., Lee H., Lee S (2018) Effects of Mindfulness-Based Art Therapy on Psychological Symptoms in Patients with Coronary Artery Disease *J Korean Med Sci*, 19;33(12):e88.
6. Galli, F., Bursi, F. e Carugo, S. (2019) Traumatic Events, Personality and Psychopathology in Takotsubo Syndrome: A Systematic Review *Front Psychol* 10;10:2742.
7. Parswani M., Sharma M., Iyengar SS (2013) Mindfulness-based stress reduction program in coronary heart disease: A randomized control trial *International Journal of Yoga*, Vol. 6.
8. Pozzi, G., D'Amario D., Princi G., Ciliberti G., Suimone M., Crea F., Galiuto L (2022) .Pre-existing Psychiatric Morbidity Is Strongly Associated to Takotsubo Syndrome: A Case-Control Study *Front Cardiovasc Med* ;9:925459.
9. Nayeri A., Rafla-Yuan R., Krishnan S., Ziaei B., Cadeiras M., Mcpherson M., Qwlls Q. (2018) Psychiatric Illness in Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy: A Review. *Psychosomatics* ;59(3):220-226.

LAVORATORI NEOASSUNTI: FORMAZIONE OBBLIGATORIA



Angela
SARDELLA

La formazione dei lavoratori è sicuramente uno dei fattori cardine per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali

La formazione in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro è sicuramente un pilastro fondamentale di qualsiasi strategia che mira alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

Infatti, solo se si parte da un'adeguata conoscenza dei rischi, delle specifiche condizioni operative dei lavoratori in cui si trovano a svolgere la loro attività e delle prassi operative sicure, il sistema di prevenzione può funzionare. La formazione dei lavoratori è regolata dall'art. 37 del D. Lgs. 81/2008 che al comma 4, lett. a) esplicitamente, afferma che la formazione e, ove previsto, l'addestramento specifico devono avvenire in occasione della costituzione del rapporto di lavoro o dell'inizio dell'utilizzazione qualora si tratti di somministrazione di lavoro.

L'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 specifica, su tale problematica, che ... il personale di nuova assunzione deve essere avviato ai rispettivi corsi di formazione anteriormente o, se ciò non risulta possibile, contestualmente all'assunzione. In tale ultima ipotesi, ove non risulti possibile completare il corso di formazione prima della adibizione del dirigente, del preposto o del lavoratore alle proprie attività, il relativo percorso formativo deve essere completato entro e non oltre 60 giorni dall'assunzione.

La situazione della formazione alla sicurezza nella realtà italiana presenta delle ombre, delle carenze di formazione qualitativamente inadeguata e non conforme alle disposizioni normative, e tutto ciò è confermato, altresì, dai numeri, purtroppo ancora troppo alti, di infortuni e di malattie professionali correlati a comportamenti pericolosi dei lavoratori.

Per il miglioramento concreto della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro una formazione adeguata e di qualità è un elemento rilevante.

L'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 per la for-

mazione dei lavoratori evidenzia che la metodologia d'apprendimento deve privilegiare un approccio interattivo che comporta la centralità del lavoratore nel percorso di apprendimento (come ad esempio esercitazioni, simulazioni, casi di studio, giochi di ruolo, giochi che simulano la presa di decisioni, training on the job, project work, lavori di gruppo). Infatti, il lavoratore manifesta la propria disponibilità ad apprendere se ha motivazioni (come ad esempio una maggiore soddisfazione nel lavoro, un incremento dell'autostima, il desiderio di crescere professionalmente, il soddisfacimento di bisogni specifici, oltre alla prospettiva di promozioni e retribuzioni più alte) che lo spingono a partecipare alla formazione e se osserva che i vantaggi acquisiti durante la formazione sono concretamente applicabili nella propria attività lavorativa e nel contempo migliorano la propria attività lavorativa (ad esempio se nota che ciò potrà aiutarlo ad affrontare meglio i problemi che incontra nelle situazioni del proprio lavoro). È fondamentale, inoltre, considerare nella gestione della salute e sicurezza sul lavoro, all'interno dell'azienda, anche i lavoratori giovani e i lavoratori neoassunti poiché rappresentano due categorie di lavoratori particolarmente vulnerabili, contraddistinte da una serie di caratteristiche che le espongono maggiormente al rischio di infortuni sul lavoro e precisamente: il fattore età nel caso dei giovani lavoratori; e nel caso dei neoassunti il fattore esperienza. Spesso queste due condizioni sono presenti allo stesso tempo (ovvero lavoratori che sono giovani e anche neoassunti), situazioni che comportano un ampliamento del rischio di infortuni sul lavoro. I lavoratori giovani sono più esposti ai rischi sul lavoro per diverse ragioni, come la mancanza di esperienza, mancanza di consapevolezza dei rischi, mancanza di competenze e formazione, non essere

a conoscenza dei loro diritti e dei doveri del loro datore di lavoro, in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, nonché essere più disposti ad accontentare il loro nuovo datore di lavoro e a non parlare apertamente dei problemi che riscontrano. Così pure i lavoratori neoassunti sono più esposti ai rischi sul lavoro per diverse ragioni, come la mancanza di esperienza di lavoro in un nuovo settore o luogo di lavoro, la mancanza di familiarità con il lavoro e l'ambiente di lavoro, il timore a sollevare dubbi o il non sapere come farlo, il desiderio di impressionare i colleghi di lavoro ed i responsabili. In merito alla formazione, con la recente sentenza, la Corte Suprema di Cassazione (Cassazione Penale, Sez. 4, n. 6301 del 13/02/2024) conferma che la formazione dei lavoratori neoassunti deve essere completata prima che gli stessi vengano adibiti alle loro rispettive mansioni.

Il percorso argomentativo della sentenza, sull'individuazione dei profili di colpa è conforme alle disposizioni normative, secondo le quali l'addestramento si distingue chiaramente dalla formazione e dall'informazione. Su dette definizioni, l'art. 2 del D. Lgs. 81/2008 chiarisce esplicitamente questa distinzione, specificando i diversi contenuti:

- aa) "formazione": processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili all'acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi;
- bb) "informazione": complesso delle attività dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro;
- cc) "addestramento": complesso delle attività dirette a fare apprendere ai lavoratori l'uso corretto di attrezzature, macchine, impianti, sostanze, dispositivi, anche di protezione individuale, e le

procedure di lavoro".

La giurisprudenza ha stabilito che una formazione in tema di sicurezza non può essere considerata adeguata, se si limita alla semplice trasmissione verbale o gestuale da parte di un soggetto che abbia un'esperienza empirica avanzata sul campo. Quest'ultima, pur essendo importante, non può sostituire di per sé il necessario bagaglio di conoscenze tecniche e competenze che un formatore qualificato per la sicurezza deve possedere. La sentenza evidenzia come la negligenza in tale ambito sia considerata una violazione grave delle normative di sicurezza, con conseguenze penali per i datori di lavoro che falliscono nell'adempimento di questi doveri. La sentenza ribadisce il principio fondamentale che la sicurezza sul lavoro non è una cosa superflua, ma un obbligo legale e morale che deve essere preso con la massima serietà. La formazione e l'informazione sono strumenti necessari per prevenire gli infortuni e salvaguardare la vita e l'integrità fisica dei lavoratori. La formazione sulla salute e sicurezza sul lavoro è un obbligo legale per i datori di lavoro e deve essere:

- Non solo generale ma anche specifica alle mansioni svolte;
- Impartita ai lavoratori prima che inizino a svolgere le loro mansioni;
- Specifica alle mansioni e non può essere sostituita da semplici trasferimenti di conoscenze da parte di colleghi più esperti o surrogata dall'affiancamento di colleghi esperti; ciò non esonera il datore di lavoro dal suo dovere di fornire una formazione formale e strutturata;
- Impartita da formatori qualificati, non sostituibile con la semplice trasmissione di conoscenze tra colleghi;
- Aggiornata ogni 5 anni per riflettere le evoluzioni e le innovazioni normative e tecniche.

Possiamo affermare, altresì, che le misure di prevenzione devono comprendere anche:

La giurisprudenza ha chiarito che una formazione in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro non può essere considerata adeguata se affidata esclusivamente alla trasmissione verbale o gestuale da parte di un soggetto con maggiore esperienza pratica sul campo. Quantunque tale esperienza sia importante, non può sostituire il bagaglio di conoscenze e competenze tecniche che un formatore qualificato per la sicurezza possiede (Sez. 4, n. 35816 del 12/05/2021, Galletti, Rv. 281975 secondo cui "in tema di infortuni sul lavoro, non è sufficiente, per far ritenere adempiuti gli obblighi di sicurezza da parte del datore di lavoro, la messa a disposizione dei lavoratori di manuali di istruzione per l'uso dei macchinari"; Sez. 4. 21242 del 12/02/2014, Nogherot, Rv. 259219, secondo cui "l'attività di formazione del lavoratore, alla quale è tenuto il datore di lavoro, non è esclusa dal personale bagaglio di conoscenza del lavoratore, formatosi per effetto di una lunga esperienza operativa, o per il travaso di conoscenza che comunemente si realizza nella collaborazione tra lavoratori, anche posti in relazione gerarchica tra di loro. L'apprendimento insorgente da fatto del lavoratore medesimo e la socializzazione delle esperienze e della prassi di lavoro non si identificano e tanto meno valgono a surrogare le attività di informazione e di formazione prevista dalla legge").

Anche il tema del giudizio controfattuale è stato esplorato in maniera adeguata e conforme al principio per cui "il datore di lavoro che non adempie agli obblighi di informazione e formazione gravanti su di lui e sui suoi delegati risponde, a titolo di colpa specifica, dell'infortunio dipeso dalla negligenza del lavoratore che, nell'espletamento delle proprie mansioni, ponga in essere condotte imprudenti, trattandosi di conseguenza diretta e prevedibile della inadempienza degli obblighi formativi" (Sez. 4, n. 8163 del 13/02/2020, Lena, Rv. 278603).

- La valutazione delle competenze dei neoassunti in base alle loro eventuali esperienze precedenti e la pianificazione, in maniera adeguata, del loro inserimento in azienda.
- Una adeguata informazione, formazione ed addestramento e la verifica che i lavoratori abbiano compreso i contenuti dell'informazione, formazione ed addestramento.
- Gli interventi di addestramento effettuati devono essere tracciati in apposito registro anche informatizzato.
- Un'adeguata supervisione (individuazione del

e dal tipo di attività svolta, un'articolazione di funzioni in modo da assicurare le competenze tecniche e i poteri necessari per la verifica, la valutazione, la gestione ed il controllo del rischio, nonché un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello. Infatti, si ritiene che la presenza di un sistema sanzionatorio "interno" sia garanzia di serietà del modello organizzativo. In conclusione, la salute e il benessere in ambito lavorativo in azienda sono possibili quando l'ambiente di lavoro è confortevole e accogliente, gli obiettivi sono espliciti e chiari, le com-

“La formazione del personale costituisce un elemento fondamentale che ogni azienda deve implementare per mantenere e accrescere la propria competitività in un contesto caratterizzato da rapidi cambiamenti. Investire nello sviluppo professionale dei dipendenti non solo potenzia le competenze e le capacità individuali, ma consente anche all'azienda di perseguire una strategia competitiva di successo”

preposto).

Gli obiettivi da raggiungere sono tanti, tra cui: minimizzare i rischi a cui sono esposti i lavoratori e conseguentemente si ridurranno i costi derivanti da incidenti, infortuni e malattie professionali; aumentare l'efficienza dell'azienda e migliorare costantemente il livello di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Rispettare gli adempimenti per la sicurezza sul lavoro, previsti dalla vigente normativa (D. Lgs 81/2008 e s.m.i.), è un obbligo per tutte le attività che abbiano almeno un dipendente. Obbligatorio, nonché fondamentale, garantire a tutti i lavoratori, ma anche ai dirigenti ed ai preposti, una formazione adeguata e idonea. L'adozione di un modello organizzativo (art. 30 del Testo Unico - D. Lgs 81/2008) deve comunque prevedere, per quanto richiesto dalla natura, dalle dimensioni dell'organizzazione dell'azienda

petenze dei dipendenti sono valorizzate, viene praticato l'ascolto attivo dei lavoratori e le informazioni per svolgere il lavoro sono disponibili. Gli interventi di sviluppo organizzativo devono riguardare interventi sulla cultura organizzativa, interventi sui processi organizzativi, interventi di innovazione tecnologica, interventi sulla struttura e sui ruoli organizzativi, interventi sull'organizzazione del lavoro, modifiche di norme e procedure ed attuazione di piani di formazione, piani di comunicazione. Una prospettiva di cambiamento culturale è fondamentale per il benessere. È essenziale che il benessere organizzativo, destinato a diventare in futuro un elemento rilevante della tutela della salute e sicurezza in tutti i luoghi di lavoro, sia sempre più conosciuto, sia dai destinatari delle norme che da tutti gli attori della sicurezza aziendale.

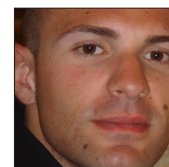
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Sentenza della Corte Suprema di Cassazione - Cassazione Penale, Sez. 4, 13 febbraio 2024, n. 6301.
2. <https://www.puntosicuro.it/differenze-di-genere-eta-cultura-C-49/lavoratori-giovani-lavoratori-neoassunti-come-fare-prevenzione-AR-21957/>.
3. European Agency for Safety and Health at Work, Workforce diversity and risk assessment: ensuring everyone is covered, 2009.
4. <http://www.hse.gov.uk/vulnerable-workers/new-to-the-job.htm>.
5. 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".
6. Decreto-Legge 21 ottobre 2021, n. 146, coordinato con la legge di conversione 17 dicembre 2021, n. 215, recante «Misure urgenti in materia economica e fiscale, a tutela del lavoro e per esigenze indifferibili».
7. Bozza nuovo Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento relativo alla individuazione della durata e dei contenuti minimi dei diversi percorsi formativi ivi individuati, ai sensi degli articoli 32, 34, 37, 73, 98 del D. Lgs 81/2008.
8. Corte di Cassazione - Sezione IV Penale - 7 giugno 2010 n. 21511.
9. Dichiarazione di Lussemburgo (1997) per la promozione della salute sui luoghi di lavoro.
10. Commissione delle Comunità Europee (Bruxelles, 11/03/2002), nuova strategia per la salute e la sicurezza 2002-2006.
11. Accordo Interconfederale (09/06/2008), recepimento dell'Accordo Europeo sullo Stress Lavoro Correlato.

SICUREZZA INFORMATICA E TUTELA DEI DATI PERSONALI



Alessia
LABATE



Vincenzo
INGLESE

Nella Sanità, l'impiego degli strumenti digitali può contribuire a ridurre i costi e migliorare i servizi, ma nel contempo presenta anche significativi rischi per la sicurezza

La sicurezza informatica nella sanità può essere definita come l'insieme di misure, politiche e procedure volte a proteggere i sistemi informatici ed i dati dei pazienti da minacce sia interne che esterne.

Ciò comprende la protezione delle reti e dei sistemi sanitari da accessi non autorizzati, la prevenzione di fughe di dati sensibili dei pazienti/utenti e una risposta efficace ai possibili incidenti di sicurezza. La sicurezza informatica in ambito sanitario si occupa della confidenzialità, dell'integrità e della disponibilità delle informazioni sanitarie.

Le violazioni di sicurezza possono provocare gravi danni, come la perdita di dati sanitari, il furto di identità e danni alla reputazione delle strutture sanitarie. Pertanto, la sicurezza informatica è cruciale per preservare l'integrità e la fiducia nei sistemi sanitari. Con l'avanzare delle tecnologie e l'aumento delle minacce informatiche, i professionisti della sicurezza informatica nel settore sanitario sono costantemente impegnati nella ricerca di nuove soluzioni e strategie per garantire la protezione dei sistemi e dei dati dei pazienti/utenti.

Vengono impiegate diverse metodologie, come l'uso di algoritmi avanzati per rilevare e bloccare attacchi informatici, l'implementazione di firewall e sistemi di autenticazione multi-fattore nonché la formazione continua del personale sanitario sulle best practice di sicurezza.

Oltre alle misure preventive, una risposta rapida ed efficace agli incidenti di sicurezza è fondamentale per limitare i danni e mitigare gli effetti negativi. Le strutture sanitarie devono avere piani di reazione pronti e testati, che includano la notifica tempestiva delle violazioni di sicurezza alle autorità competenti e la collaborazione con le forze dell'ordine per identificare e perseguire i responsabili.

La confidenzialità delle informazioni sanitarie è un aspetto rilevante della sicurezza informatica.

Le strutture sanitarie devono assicurarsi che le informazioni sensibili e riservate dei pazienti siano accessibili solo a coloro che ne hanno la necessità, utilizzando strumenti come l'assegnazione di privilegi di accesso appropriati e la crittografia.

Anche la disponibilità delle informazioni sanitarie è un fattore importante: i sistemi informatici sanitari devono essere progettati per garantire l'accesso alle informazioni, quando necessario, garantendo la continuità operativa.

La protezione dei dati sensibili è di estrema importanza per qualsiasi organizzazione sanitaria, poiché la divulgazione non autorizzata potrebbe causare gravi danni, compromettendo la privacy dei pazienti/utenti e la fiducia nel sistema sanitario.

I dati sensibili includono una vasta gamma di informazioni, come dettagli sanitari, informazioni personali, dati finanziari e proprietà intellettuale.

La protezione di tali informazioni richiede un'attenta pianificazione e l'implementazione di robuste misure di sicurezza.

La formazione e la sensibilizzazione del personale sanitario sull'importanza della protezione dei dati sono fondamentali per garantire un'adeguata cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione.

Gli infermieri, così come tutti gli altri operatori sanitari, devono essere consapevoli delle prassi di sicurezza, come l'uso di password complesse, il riconoscimento delle minacce e l'adozione di comportamenti sicuri durante l'utilizzo dei dispositivi e delle reti aziendali. Il ruolo degli infermieri nella tutela dei dati personali attraverso sistemi informatici è cruciale per garantire la sicurezza e la privacy dei pazienti all'interno delle strutture sanitarie.

Gli infermieri, essendo tra i principali operatori sa-

“Le figure professionali della sicurezza informatica in sanità sono molteplici, come il DPO (Data Protection Officer), RTD (Responsabile della Transizione Digitale), il CMIO (Chief Medical Information Officer), CIO (Chief Information Officer)”

nitari a contatto con i dati sensibili, devono adottare pratiche rigorose per proteggere queste informazioni da accessi non autorizzati e da possibili violazioni.

Un elemento centrale di questa responsabilità è la gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che contiene tutte le informazioni sanitarie rilevanti di un paziente/utente. La gestione del FSE richiede competenze specifiche e un'attenta formazione. Gli infermieri devono essere adeguatamente istruiti sull'uso sicuro e appropriato dei sistemi informatici, comprese le modalità di accesso e la gestione delle informazioni contenute nel FSE. Questo include la comprensione delle normative sulla privacy, come il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) e l'applicazione pratica di tali normative nella loro quotidianità lavorativa.

La formazione degli infermieri deve essere continua

protezione dei dati, ma anche la salvaguardia del paziente/utente stesso. Le violazioni di dati possono avere impatti diretti sulla salute dei pazienti, ad esempio tramite la manipolazione di informazioni critiche o la mancata disponibilità di dati medici essenziali. Pertanto, gli infermieri devono vedere la sicurezza informatica come parte integrante del loro ruolo nella cura e nella protezione dei pazienti/utenti. La consapevolezza dell'importanza del paziente/utente deve essere al centro delle pratiche di sicurezza informatica. Ogni azione intrapresa per proteggere i dati sanitari deve essere vista come un passo verso la tutela della dignità e della privacy del paziente/utente.

Gli infermieri, attraverso la loro formazione e il loro impegno, giocano un ruolo fondamentale nel mantenere un ambiente sicuro e protetto, contribuendo a creare un clima di fiducia tra i pazienti e le strut-

“Sicurezza dei dati fa riferimento alle misure di protezione impiegate per proteggere i dati da accessi non approvati e per preservare la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati. Le best practice per la sicurezza dei dati includono tecniche di protezione dei dati, come crittografia dei dati, gestione delle chiavi, offuscamento dei dati, sottocategoria dei dati e mascheramento dei dati, nonché controlli di accesso degli utenti privilegiati, auditing e monitoraggio”

e aggiornata per affrontare le nuove minacce e le evoluzioni tecnologiche. I programmi formativi devono includere sessioni su come riconoscere e rispondere a potenziali minacce informatiche, come il phishing, il malware e altre forme di attacchi. Gli infermieri devono sapere come utilizzare strumenti di sicurezza, come software antivirus e firewall, e devono essere incoraggiati a segnalare immediatamente qualsiasi attività sospetta ai responsabili della sicurezza informatica della struttura.

Inoltre, la sicurezza informatica non riguarda solo la

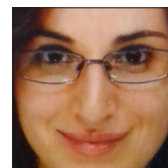
ture sanitarie. In conclusione, la sicurezza informatica nella sanità è una responsabilità condivisa che richiede l'impegno di tutti i professionisti sanitari.

Gli infermieri, in particolare, con la loro formazione continua e la loro attenzione alle prassi di sicurezza, possono fare la differenza nel proteggere i dati sensibili e nel garantire la sicurezza e la privacy dei pazienti. La valorizzazione della loro formazione e il riconoscimento del loro ruolo cruciale sono elementi chiave per costruire un sistema sanitario resiliente e sicuro.

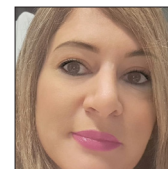
SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute, “Il Fascicolo Sanitario Elettronico” Disponibile su: salute.gov.it.
2. Agenzia per l'Italia Digitale, “Linee guida per il Fascicolo Sanitario Elettronico” disponibile su: agid.gov.it.
3. Health IT Security, “Best Practices for Protecting Patient Data in Electronic Health Records” disponibile su: healthitsecurity.com.
4. National Institute of Standards and Technology (NIST), “Security and Privacy Controls for Information Systems and Organizations” disponibile su: nist.gov.
5. European Union Agency for Cybersecurity (ENISA), “Good Practices for Security of Health Data” disponibile su: enisa.europa.eu.

DISTOPIA DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



Liana Libera
DIANA



Angela
SARDELLA

La professione infermieristica è sempre stata parte essenziale per il funzionamento del sistema sanitario, ma negli ultimi anni, diverse sfide e cambiamenti hanno portato molti a vedere questa professione sotto una luce distopica.

“Distopia” è un termine che deriva dal greco “dys” (cattivo) e “topos” (luogo), ed è il contrario di “utopia”. La distopia rappresenta una società immaginaria in cui predominano condizioni di vita opprimenti, ingiuste e spesso disumane. In una distopia, gli elementi negativi della società sono portati all'estremo, creando un ambiente in cui gli individui soffrono a causa di sistemi di governo tirannici, tecnologie oppressive, disastri ambientali, o altre circostanze avverse. Il reclutamento di nuovi studenti per la professione infermieristica è una questione costante nel tempo. Da tempo si parla e si cerca di parlare e trovare interessi alla professione in modo tale da renderla attrattiva. La carenza di infermieri è un problema generale che ormai ha raggiunto livelli critici. Le ragioni di questa carenza sono molteplici tra cui l'invecchiamento della popolazione infermieristica, la riduzione del numero di nuovi laureati in infermieristica e le condizioni di lavoro difficili.

Questa situazione porta conseguentemente a turni di lavoro massacranti, aumento delle situazioni di stress correlato al lavoro e tutto ciò sicuramente porta ad una diminuzione della qualità delle cure offerte ai pazienti/utenti. Certamente la carenza di infermieri è sempre più evidente in questi ultimi decenni proprio a causa di una politica di tagli alla spesa pubblica ed in particolar modo in sanità, fatta da tutti i governi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, entro il 2030, in tutto il mondo, mancheranno circa 9 milioni di infermieri.

In Italia la carenza di infermieri nel giro pochi anni

supererà la quota di 100.000 professionisti a causa sia del sistema dei pensionamenti sia per le proposte lavorative all'estero dove offrono condizioni economiche e lavorative sicuramente migliori della nostra realtà italiana.

Infatti, le condizioni di lavoro degli infermieri, nella realtà italiana, sono spesso molto dure. Turni lunghi, turni di lavoro notturno e festivo e un carico di lavoro elevato sono la norma. Dette condizioni lavorative possono portare a problemi di salute fisica e mentale. Uno studio pubblicato su “Journal of Nursing Management” ha rilevato che il burnout tra gli infermieri è in aumento, con un impatto significativo sulla loro salute mentale. Gli infermieri quotidianamente affrontano situazioni di grande stress emotivo e fisico. La costante esposizione alla sofferenza e alla morte, unita alla pressione di dover fornire cure di alta qualità con risorse limitate, può avere gravi conseguenze sulla loro salute mentale.

La pandemia di COVID-19 ha aggravato molte delle problematiche già presenti nella professione infermieristica. La pressione sui sistemi sanitari, la mancanza di dispositivi di protezione individuale, e l'aumento del numero di pazienti hanno messo a dura prova gli infermieri di tutto il mondo.

Inoltre, anche gli stipendi degli infermieri in Italia hanno differenze retributive, in negativo, in confronto ad altre nazioni (Germania, Svizzera e Regno Unito). Anche l'ultimo contratto del 2021 non ha portato grandi miglioramenti.

Comunque, in Italia, il rapporto infermieri/pazienti è tra i più bassi d'Europa, con conseguenti ripercussioni sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Inoltre, da non sottovalutare l'impatto della tecnologia che ha trasformato molte aree della professione infermieristica, con effetti sia positivi che negativi. Da un lato ha migliorato la gestione dei dati e l'ef-

ficienza operativa (maggiore precisione nella somministrazione dei farmaci, migliore monitoraggio dei pazienti), ma dall'altro ha aumentato il carico di lavoro amministrativo e ha introdotto nuove forme di stress legate all'adattamento ai nuovi sistemi e disumanizzazione delle cure.

Inoltre vi è un aumento del calo delle iscrizioni alle facoltà di infermieristica, la professione perde, inesorabilmente, sempre più di attrattività agli occhi dei giovani ed anche agli occhi della collettività e la politica non investe nelle risorse umane.

La professione infermieristica si trova oggi in una situazione critica, con molte sfide che minacciano di trasformarla in una vera e propria distopia. Però, riconoscendo e affrontando questi problemi, è possibile migliorare le condizioni di lavoro e garantire che gli infermieri possano continuare a svolgere il loro ruolo vitale nel sistema sanitario.

La carenza di infermieri in Italia rappresenta un problema grave e ormai evidente, che ha un impatto

tori della formazione, della pratica professionale e dell'autonomia operativa, sarà possibile garantire la sostenibilità e l'universalità del Servizio Sanitario Nazionale. Gli infermieri del nostro SSN sono troppo pochi e senza un cambio di rotta saranno sempre meno. Sono sempre meno i giovani che sognano di diventare infermiere. È essenziale investire in programmi educativi avanzati, migliorare le condizioni di lavoro e riconoscere un maggiore grado di autonomia agli operatori sanitari, al fine di rispondere efficacemente alle crescenti esigenze della popolazione e mantenere elevati standard di cura, nonché ridurre il tasso di abbandono degli studi prima del loro termine, con una preoccupante percentuale di coloro che non arriveranno alla laurea, che non indosseranno mai quel camice, che non diventeranno mai infermieri. Necessari aumenti di stipendio e nuovi strumenti di rinnovamento ed organizzazione delle attività sanitarie, indispensabili per restituire dignità alla professione infermieristica.

“La distopia può essere interpretata come una situazione ipotetica o reale in cui le condizioni di lavoro e di assistenza sanitaria sono molto peggiori rispetto alle norme desiderabili. La distopia potrebbe riguardare un ambiente lavorativo estremamente negativo e disumanizzante”

significativo sulla qualità dell'assistenza sanitaria. Questa situazione è ulteriormente aggravata dalla limitata attrattività della professione, dovuta a fattori come condizioni lavorative spesso difficili, stipendi non competitivi e opportunità di carriera limitate. Affrontare questa crisi richiede un intervento urgente e mirato da parte delle istituzioni per migliorare le condizioni di lavoro e rendere la professione infermieristica più attraente per le nuove generazioni. La professione è poco attrattiva per stipendi molto bassi, rispetto a quelli dei colleghi europei, inoltre, la possibilità di specializzarsi o fare carriera è quasi nulla.

Necessario investire in formazione e assunzioni di nuovi infermieri, migliorare le condizioni di lavoro e dare maggiore importanza ai programmi di supporto psicologico per gli infermieri, progettare e attuare iniziative per migliorare il benessere sul posto di lavoro, come supporto tra pari e formazione sulla gestione dello stress ed investire in innovazioni tecnologiche che supportino gli infermieri.

Solo attraverso un'innovazione sistematica nei set-

Affrontare una situazione distopica richiede un approccio multidisciplinare e collaborativo, richiede un cambiamento sistemico, che includa migliori condizioni di lavoro, supporto psicologico, riconoscimento e valorizzazione del ruolo infermieristico fondamentale nella società. È essenziale che le autorità governative, i dirigenti sanitari, il personale infermieristico e la società nel suo complesso lavorino insieme per creare un ambiente di lavoro giusto, sicuro e rispettoso.

Strategie sociali come cultura organizzativa e leadership, educazione e formazione, supporto psicologico e benessere dei lavoratori, partecipazione e coinvolgimento nelle decisioni dei lavoratori, riconoscimento e valorizzazione, bilanciamento lavoro-vita privata, ricerca e innovazione, se implementate efficacemente, possono contribuire a creare un ambiente di lavoro più sano e sostenibile per tutti i professionisti dell'aiuto, riducendo la distopia associata alle loro professioni e migliorando il benessere sia dei lavoratori che dei pazienti. Solo così sarà possibile garantire la qualità delle cure offerte ai pazienti.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. C.R.E.A. Sanità, 19° Rapporto Sanità, “Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione”, Dicembre 2023, a cura di Federico Spandonaro, Daniela D'Angela, Barbara Polistena.
2. https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/01/24-gennaio-2024_Rapporto-CREA-Sanita_Emergenza-i.pdf.
3. https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/01/19%C2%B0-Rapporto-sanita_def.pdf.
4. <https://www.nurse24.it/infermiere/ordine/in-italia-pochi-infermieri-situazione-destinata-a-peggiore.html>.
5. <https://www.consulcesi.it/club/news-approfondimenti/carenza-infermieri-rapporto-crea-infografica>.

PNRR E DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

È necessario che la cultura aziendale si evolva di pari passo con la nuova tecnologia. Il fulcro di qualsiasi azienda è nei suoi dipendenti che devono condividere, sostenere e diffondere la mission aziendale, al fine di raggiungere in modo ottimale gli obiettivi prestabiliti

Le tecnologie inerenti alla sanità digitale, aprono nuove opportunità fino a poco tempo fa solo immaginate, consentono di offrire prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali sempre più efficaci e personalizzate anche ai pazienti assistiti al proprio domicilio. A partire dal Fascicolo Sanitario Elettronico, dalla Telemedicina al CUP unico Hub per la gestione e il monitoraggio di prenotazioni e prestazioni sanitarie, aumentano sempre più i vantaggi sia per gli utenti/pazienti che per il Servizio Sanitario Nazionale.

L'innovazione digitale è emersa come un elemento strategico cruciale in una vasta gamma di settori. La pandemia da Covid-19 ha agito da elemento stimolatore, accelerando significativamente il processo di trasformazione digitale in molteplici ambiti, con un impatto particolarmente rilevante anche nel settore socio-sanitario. Questo ha comportato l'adozione rapida di tecnologie avanzate e l'implementazione di soluzioni digitali innovative per migliorare l'efficienza operativa, l'accesso ai servizi e la qualità delle cure.

Tale situazione di crisi ha messo in luce l'importanza e i numerosi vantaggi derivanti dall'introduzione di soluzioni digitali nel settore sanitario ed ha enfatizzato come le tecnologie digitali possano migliorare l'efficienza, l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari, sottolineando la necessità di una rapida e diffusa adozione di tali innovazioni.

La diffusione capillare delle nuove tecnologie e la crescita esponenziale della produzione di dati hanno reso il digitale una componente essenziale della nostra vita quotidiana. Anche il settore sanitario continua a vivere questa profonda trasformazione.

La sanità deve mirare a rendere più efficace l'erogazione di servizi e deve ridurre i tempi di attesa semplificando la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini con l'obiettivo di migliorare la salute dei cittadini. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, attraverso la Missione 6-Salute (componente 1: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"; componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale), ha delineato un programma ambizioso di riforme e investimenti mirati al settore sanitario. Particolare enfasi è stata posta sulla sanità digitale, promuovendo l'adozione di tecnologie avanzate per la raccolta e l'elaborazione dei dati. Queste iniziative mirano a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari, ottimizzare il trattamento dei pazienti e facilitare la condivisione sicura delle informazioni cliniche, con l'obiettivo di creare un sistema sanitario più integrato e resiliente. La digitalizzazione sanitaria ha come caratteristica principale la condivisione sicura e integrata dei dati, al fine di ottimizzare l'uso intelligente e fruttuoso dei servizi sanitari. Questo approccio migliora la qualità delle cure, facilita la collaborazione tra i professionisti della salute e promuove l'efficienza operativa all'interno dei sistemi sanitari. I destinatari di servizi e innovazioni digitali in sanità non sono solo gli operatori sanitari e pazienti, ma questi riguardano tutti, per cui il miglioramento dell'erogazione e della gestione dei servizi sanitari apporterebbe giovamento all'intera comunità. Le tecnologie sanitarie digitali hanno un potenziale significativo per rivoluzionare l'erogazione dell'assistenza sanitaria, trasformare le sperimentazioni cliniche e migliorare i risultati sanitari e nel contempo riducono i costi e migliorano la qualità delle cure. Altro obiettivo di questo percorso di digitalizzazione è l'empowerment del paziente, che consiste nel porre il paziente, il cittadino, la persona al centro del proprio percorso sanitario, rendendolo partecipe e protagonista nella gestione dei propri percorsi di cura.



I pilastri della trasformazione digitale