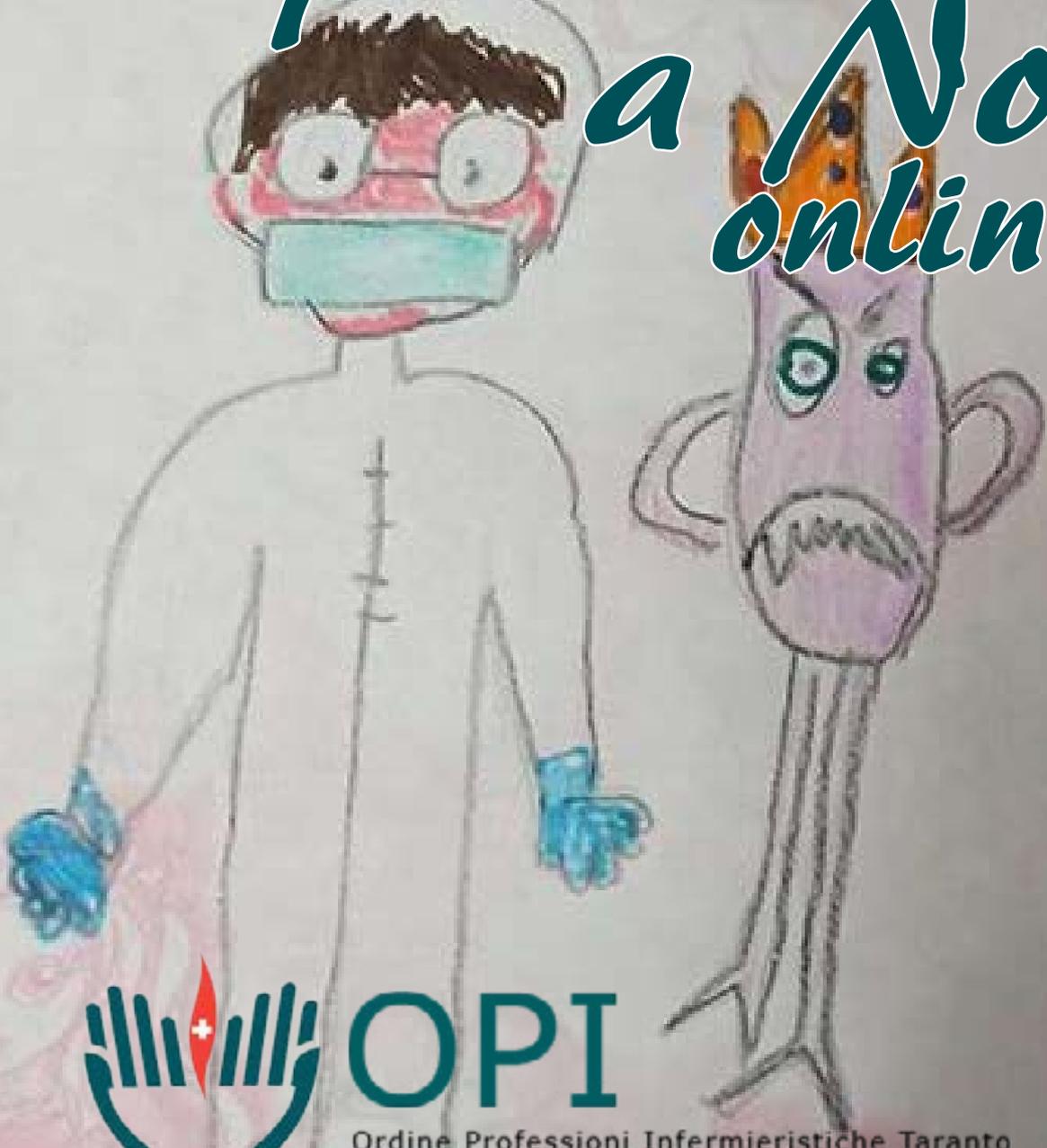


Il mio Papà è un
Supereroe: è un INFERMIERE

"La parola" a Noi online



OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

La dedica di Laura al suo papà



Comitato di redazione

F. Perrucci A. Gualano
L. Calabrese G. Mecca
E. De Santis

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato

Gianluca Ferrarese | Chiara Guarino
Cosimo Della Pietà | Michela Del Nigro
Anna Tosi
Monica Cardellicchio
Deborah Bax
Carmela Lacatena
Stefania Marturano
Doriana Maffei

Impaginazione e grafica

a cura di Francesco Paolo Caforio (RSI)

Reg. Trib. di Taranto n. 462/94
decreto del 23/03/1994



Questo periodico
è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Sommario

Editoriale	Pag. 3
Overcrowding nei Dipartimenti di Emergenza	“ 6
Il ruolo del Professionista Infermiere	“ 16
La valutazione del dolore in Terapia Intensiva	“ 22
Medea: tragedia tra mito e realtà	“ 31
COVID-19 nelle Unità Operative No-Covid	“ 36
La vita in gioco	“ 41
Convenzioni e PEC	“ 44
Pasqua 2020	“ 47

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto
Via Salinella, n. 15 - 74121 - Taranto

Telefono 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.ipasvitaranto.com - info@ipasvitaranto.it

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO
lunedì - mercoledì - venerdì 9.00-12.00
martedì 15.00-19.00 - 17.00-19.00 venerdì

AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo le esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito.

Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.

Cari Colleghi,



Benedetta Mattiacci
Presidente OPI Taranto

avrei voluto, come ogni anno, iniziare con un pensiero gioioso, con gli auguri a voi tutti per la S. Pasqua, ma so bene che nessuno è nello stato d'animo di gioire, perché viviamo un momento difficilissimo per il nostro Paese, quando, come non mai, emerge forte il senso dell'appartenenza, **la consapevolezza di essere, noi Infermieri, in prima linea nella lotta per la vita**, nel contrastare l'avanzata di questo nemico invisibile che, senza soluzione di continuità, dilaga, gettando una seria ipoteca sul futuro sanitario, sociale ed economico, sul quotidiano di tutti noi.

È fase di crisi profonda, è fase di preludio ad una revisione delle priorità e dei bisogni della sanità, che, lo abbiamo rilevato e lo rileviamo, “soffre” dal 2008 per una ottusa politica di tagli che ha avuto l'effetto dirompente della soppressione di ospedali, con diminuzione di posti letto e di personale. A fronte, il mancato potenziamento della sanità territoriale e le difficoltà per operatori sanitari e cittadini costretti a pagare il fio di scelte non ragionate, tra le quali la sottovalutazione della prevenzione, la carenza/mancanza di dispositivi di protezione, nell'ottica colpevole del risparmio, e solo oggi, in questo drammatico periodo, comparsi negli ambienti di lavoro (ad esempio mascherine, dispenser, rubinetti a fibra ottica).

Oggi il nostro pensiero è concentrato nel salvare vite umane, per cui ogni nuovo caso è una sconfitta: ci mettiamo in discussione, andiamo in crisi chiedendoci se avremmo potuto fare di più.

Certo usciremo rafforzati da questa **emergenza**, con una visione diversa del nostro lavoro, di tutto quanto ci circonda, delle dinamiche reali; usciremo rafforzati, cresciuti, con una

e
d
i
t
o
r
i
a
l
e

professionalità più consapevole espressa diversamente dal passato. Non facciamo né vogliamo fare polemiche, non è il momento delle critiche ma delle riflessioni sulle quali costruire il nostro domani, nella Sanità e nella Società.

Il futuro deve fare tesoro delle esperienze, che stiamo facendo a caro prezzo e devono rappresentare nuove opportunità **“per costruire”**. La professionalità dimostrata, l'autorevolezza riconosciuta dai cittadini tutti ci aiuterà a fare il salto di qualità.. Abbiamo un ruolo, lo affermeremo con più forza nel futuro.

“Ripensare profondamente la struttura e l'organizzazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale” deve essere un imperativo categorico, deve essere il diktat per la rinascita, con **“obiettivi strategici”**, con il potenziamento delle strutture sanitarie al fine di evitare una “pericolosa asimmetria strategica”, e di non farci mai più cogliere impreparati in situazioni analoghe: criteri specifici e ben definiti devono essere patrimonio continuamente aggiornato.

Quanti di noi si risvegliano al mattino pensando al coronavirus, pensando di aver avuto un incubo, pensando di aver vissuto solo un brutto sogno non già una amara realtà con la quale dobbiamo confrontarci?

Guardiamo fuori dalla finestra e vediamo il risveglio della natura, notiamo le piccole cose che rallegrano la vista, ma, se lo sguardo va sulla strada, sui marciapiedi, vediamo solo desolazione, ascoltiamo un silenzio assordante e ritorniamo alla realtà, quella realtà fatta di dolore e di morti per il coronavirus.

Allora ci diciamo: adesso basta. Non si può giocare con la vita delle persone.

E noi Infermieri quando affermavamo

“La Sanità non funziona senza Infermieri”

“Noi Infermieri. La nostra impronta sul Sistema Salute”

“La Salute è un diritto di civiltà.

Tutelarla è un impegno degli Infermieri”

non farfugliavamo slogan della professione sulla scia del momento, ma lanciavamo grida di allarme, frutto dell'esperienza sul campo.

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2020

I CONVOCAZIONE
11 Marzo 2020, h. 24.00

II CONVOCAZIONE
12 Marzo 2020, h. 16.00

Sede OPI, Via Salinella 15, Taranto

ORDINE DEL GIORNO

- ▶ Lettura Verbale Assemblea Annuale Anno 2019
- ▶ Relazione Programmatica Anno 2020
- ▶ Relazione Bilancio Consuntivo Anno 2019
- ▶ Presentazione Bilancio Preventivo Anno 2020
- ▶ Relazione Programmatica del Presidente dei Consiglieri Anno 2019
- ▶ Relazione Programmatica del Presidente dei Consiglieri Anno 2020
- ▶ Elezione del Presidente del Consiglio di Amministrazione
- ▶ Elezione del Presidente del Consiglio di Amministrazione

SOSPESO

OVERCROWDING NEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA: IL FUTURO DELLA SFIDA ASSISTENZIALE

Dott. Gianluca Ferrarese

Dott. Magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche

CO 118 Taranto

Dott.ssa Chiara Guarino

Infermiera – CO 118 Taranto

Il sovraffollamento nei dipartimenti di emergenza (DE) rappresenta un problema globale preoccupante ed è stato identificato come una vera e propria crisi nazionale in alcuni paesi [1,2]. Il sovraffollamento dei DE è definito come "la situazione in cui la funzione dei DE è ostacolata principalmente a causa del numero eccessivo di pazienti in attesa di essere visitati, sottoposti a valutazione e/o trattamento o in attesa di dimissione" [3]. Gli indicatori da prendere in considerazione negli studi di overcrowding sono: Sicurezza e riservatezza dei pazienti, [4,5] tempestività dei servizi, [4] e la frustrazione tra il personale degli stessi DE [6]. Gli squilibri tra l'offerta e la domanda di triage del paziente, immagini diagnostiche, test di laboratorio e consulenze specialistiche influenzano in maniera sistematica il flusso di pazienti nei DE. [7,8] Alcuni studi hanno identificato l'effetto dell'overcrowding (oltre 90%), e conseguente blocco di accesso, come cause di esiti sfavorevoli per il paziente, ritardi nel trattamento, alti tassi di mortalità (20% -30%), durata prolungata del ricovero ospedaliero e riammissione in ospedale [9,10,11]. Per

alleviare il problema del sovraffollamento, i ricercatori propongono diverse soluzioni come il modello concettuale **input-throughput-output** nei DE, [13] aumento delle risorse, gestione della domanda, [11] lean thinking, [14] unità di osservazione del dolore toracico, [15] zone di valutazione rapida, [16] e unità di decisione clinica [17]. Il lean thinking (pensiero snello) dell'assistenza sanitaria ha guidato molte delle nuove strategie con la riprogettazione dei percorsi ottimali e contribuito ad eliminare passaggi non validi [18].

L'obiettivo di questo articolo di revisione è presentare strategie con un ruolo importante nel miglioramento del flusso dei pazienti, ritardo nei servizi e sovraffollamento dei DE.

Criteri predefiniti per la progettazione del flusso dei pazienti post-triage suddividono i processi in flussi diversi.

I processi sanitari pre e post-visita sono correlati. Esempi di processi pre sono la visita pre-ospedaliera e di cure primarie o l'attivazione dei sistemi di emergenza territoriale (SET 118) o dei PPIT (punti di primo intervento territoriali), mentre il post è

ad esempio la presenza di posti letto ospedalieri. Pertanto, è importante rivedere e migliorare sistematicamente tutti i processi relativi all'assistenza sanitaria. Inoltre, negli studi e nei processi decisionali si dovrebbe considerare che l'accesso ai DE è una questione a livello di governo strategico, mentre l'efficienza della produttività va affrontata a livello operativo locale [51].

Le strategie per gestire la portata del flusso di pazienti nei DE dovrebbero concentrarsi sui seguenti problemi: livelli di acuzia del paziente, valutazioni prolungate, insufficiente capacità di posti letto ospedalieri, carenza di personale, problemi di accesso alla continuità assistenziale, medici di medicina generale e specialisti di guardia e utilizzo da parte di coloro che non hanno cure mediche alternative [52].

Fast track

Molti ospedali hanno sviluppato la propria priorità nel fornire cure rapide, come ferite superficiali, reazioni allergiche non gravi, fratture e distorsioni di piccole articolazioni e ossa, punture di insetti e lievi ustioni. [26]

Team triage

Il team di assistenza per il triage supplementare medico-infermiere (MDRNSTAT) è considerato più efficiente del comune triage durante periodi di tempo con un volume di pazienti più elevato. [35] Il ruolo del TLP (medici di collegamento) è di lavorare con il personale di triage per accelerare l'assistenza dei pazienti in base alle loro esigenze mediche, in particolare per quelli con tempi di attesa imprevedibili. [37,53]

Sviluppo di sistemi di triage

Il protocollo del sistema di triage e trattamento di emergenza medica determina il livello di priorità in base alla combinazione di parametri vitali, sintomi e segni, che sono strettamente correlati al paziente [54].

Altri modelli comuni sono il triage di processo adattivo o triage infermiere / medico di emergenza e la scala di triage di Manchester o il triage infermiere / junior. [55] La ragione per applicare que-

sti nuovi sistemi è correlata ad un miglioramento del flusso e un aumento della sicurezza per i pazienti. [50] Kelen et al. ha introdotto il "Reverse Triage" come sistema per la dimissione precoce sicura dei pazienti ricoverati in ospedale al fine di creare una capacità ospedaliera aggiuntiva [56] Il sistema di triage telefonico è anche un modo di assistenza post-orario nei DE, nei PPIT (punti di primo intervento territoriale) e nei servizi di medicina generale [57].

Test point-of-care

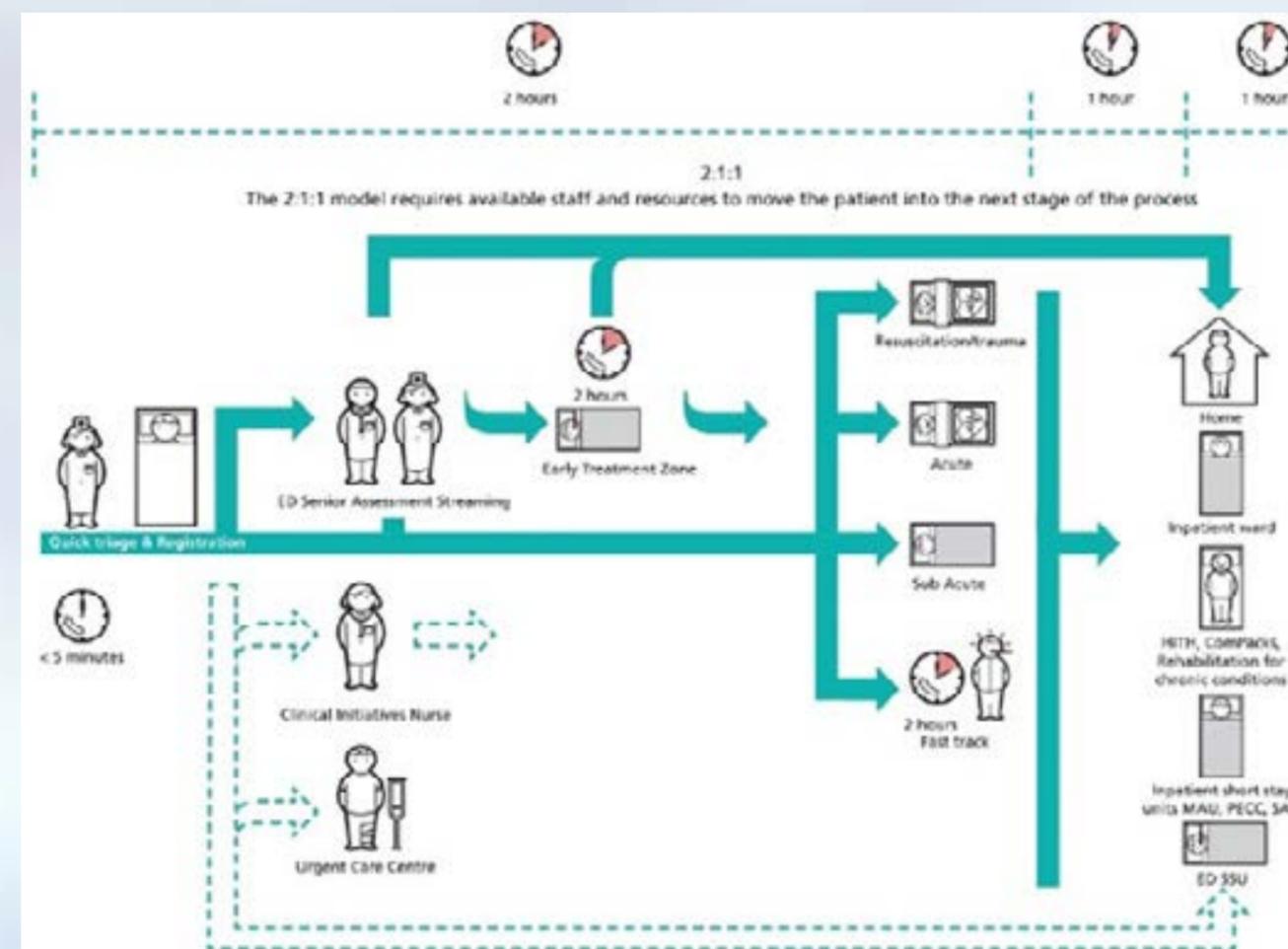
In teoria, simile alla strategia del lean thinking, questo strumento elimina alcune delle fasi più problematiche del processo di test, come il trasporto dei campioni e la distribuzione dei risultati. [58] I Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie hanno introdotto strategie per rendere i test dell'HIV una parte ordinaria dell'assistenza sanitaria, promuovendo procedure semplificate per rendere i test più pratici. [43] Per ridurre i tempi di attesa dei test di laboratorio, sono stati proposti i seguenti interventi: ordinazione precoce, pannelli di test predefiniti basati sui sintomi, trasporto più rapido al laboratorio, sistemi di report più rapidi e test point-of-care (POCT). [50] L'introduzione di POCT nei DE ha notevolmente ridotto i tempi di consegna delle analisi di laboratorio che comportano il trasferimento di strumenti analitici nei DE. [59]

Radiografia richiesta dall'infermiere

Questa procedura diagnostica è un altro processo che richiede molto tempo nei DE. Per superare i tempi di attesa, la radiografia richiesta dall'infermiere, previo protocollo operativo, è stato un approccio utilizzato in molte realtà [50].

Percorsi ideali del paziente del P.S.

L'enfasi della cura è quella di trasmettere i pazienti al modello di assistenza più appropriato, nel più breve tempo possibile. Un insieme di possibili processi ED sviluppati dal Galles del Sud sono riassunti di seguito:



Questa strategia offre una panoramica dei modelli di assistenza al di fuori dei DE, che possono supportare il flusso dei pazienti e fornire un accesso tempestivo ai servizi di assistenza acuta: unità di valutazione medica, unità di valutazione chirurgica, un ospedale in casa e servizi di centri di assistenza psichiatrica di emergenza.

Inoltre, fornisce una panoramica dei modelli comunitari di assistenza che forniscono accesso a cure ambulatoriali non programmate: centro di assistenza urgente, linea di consulenza diretta, assistenza di collegamento e clinica di medicina generale dopo l'orario di apertura.

Dobbiamo considerare i vari aspetti del sovraffollamento per superare le sfide emergenti. Esso è associato ad un aumento della mortalità, alla collocazione dei pazienti in un reparto errato, a ritardi nell'avvio di cure critiche (come la somministrazione di antibiotici nella sepsi), tempi di attesa più lunghi per il medico, blocco di accesso da parte dei mezzi di soccorso, riduzione della sicurezza del paziente, riduzione dei letti di degenza a causa del flusso di ricoveri inefficienti [11,60,61,62,63].

Sono stati proposti diversi interventi per ridurre il sovraffollamento nei DE in tutti e tre i livelli di **input**, **throughput** e **output**:

- Input (ad esempio Deviazione dei mezzi di soccorso territoriale),
- through-put (ad esempio Zone / POD di valutazione rapida e unità di decisione clinica),
- output (ad esempio protocolli a piena capacità, gestione posti letto).

Gli ultimi due interventi non sono completamente sotto il controllo dei leader dei DE e richiedono interventi a livello di sistema. [53] Tuttavia, è importante sapere che un ritardo durante la fase di throughput ha un'influenza significativa sul sovraffollamento. Alcune delle strategie di emergenza durante la fase di throughput sono discusse nella sezione seguente.

Una ricerca di Wang e Vikram ha dimostrato che la presenza di un medico di medicina generale nei DE

è associata a tempi di attesa ridotti. [64] Quindi, la strategia di team triage, attraverso la partecipazione di un medico come leader, potrebbe essere uno dei parametri di riferimento.

Un altro intervento efficace, che sembra essere stato utile per ridurre il sovraffollamento, specialmente nei casi di lesioni e / o sospette fratture che richiedono radiografia, è la richiesta diretta da parte di un infermiere di triage. [65]

Altre alternative sono: la corsia preferenziale, aree di deambulazione, servizi di visita e trattamento, unità per lesioni lievi e zone di intervento e trattamento rapido. Numerosi studi hanno dimostrato che queste unità possono ridurre efficacemente la mortalità, il sovraffollamento e il blocco d'accesso, nonché migliorare la soddisfazione del personale e dei pazienti [51].

La corsia preferenziale ha prove scientifiche relative a vantaggi finanziari e maggiore soddisfazione del paziente (ad es. Tempi di attesa più brevi e meno pazienti che vanno via senza essere visitati). Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per valutare l'etica e la sicurezza dei pazienti di questi interventi. In studi precedenti era stata raccomandata la presenza di un medico senior, di un medico junior o di un infermiere, per gestire la corsia preferenziale. La selezione dei pazienti è un altro problema per la corsia preferenziale poiché i pazienti devono essere gestiti senza troppe procedure diagnostiche, ad esempio test di laboratorio e immagini diagnostiche. Inoltre, la corsia preferenziale dovrebbe essere separata dalle aree in cui sono gestiti i pazienti acuti con gravi condizioni mediche. [66,67,68].

Altra sfida è la gestione dei flussi nei test di laboratorio, procedura spesso complessa che richiede tempo. [69], e prevede diverse fasi, come la richiesta, il campionamento, l'etichettamento, il trasporto, l'analisi, la comunicazione dei risultati, le interpretazioni e l'informazione dei pazienti. [58] Il flusso di test di laboratorio aumenta il sovraffollamento nei DE di circa 80 minuti [70] La gamma di test influisce anche sui tempi di attesa. [62] Inoltre, è necessario considerare e valutare i prerequisiti per la gestione della qualità e l'affidabilità di ogni metodo. Una bassa precisione influisce sulla

sicurezza del paziente e provoca eventi avversi. [58]. Esistono altre strategie come l'implementazione di strutture alternative o concetti basati sulla simulazione. Discuteremo alcune delle strategie più utilizzate.

Strutture di assistenza alternative

Questa strategia è stata applicata sempre più in molti paesi. I pazienti non complicati vengono indirizzati a centri di assistenza sanitaria primari, al di fuori dell'ospedale, come le strutture di assistenza ambulatoriale [72], considerando la capacità di sovratensione come un approccio di emergenza che migliorerà l'accessibilità, ridurrà i tempi di attesa, i costi inferiori e migliorerà l'esito del paziente, la soddisfazione del personale e l'esperienza del cliente [52].

Modello in scala di rischio di sovraffollamento

Il modello include variabili statistiche utilizzate per prevedere il rapporto di rischio in futuro: età (oltre 50 anni), trasporto (ambulanza vs. non ambulanza), diagnosi (malattia vs. infortunio), categoria di urgenza della scala di triage (rianimazione vs. meno - categorie urgenti), scala di rischio di sovraffollamento (moltiplicando il punteggio di occupazione dell'ospedale e il punteggio di occupazione del blocco di accesso nei DE) e professionisti di riferimento (medico vs non medico).

Questa strategia può essere utilizzata per monitorare i rischi di sovraffollamento in tempo reale. [9] La simulazione del flusso di pazienti in ED è utile per anticipare le condizioni operative del prossimo futuro con variabili come il conteggio del tempo di attesa, il livello di occupazione il tempo di accettazione e la diversione dei mezzi di soccorso territoriale [73].

Le strategie per il flusso dei pazienti dovrebbero tenere in considerazione le limitazioni come segue: mancanza di posti letto, precauzioni di isolamento, ritardi di pulizia, diagnostica inefficiente con ritardi in dimissione di pazienti ospedalizzati. [13]

Reparto di medicina d'urgenza

Alle popolazioni sotto copertura di queste strutture in una regione vengono forniti servizi su misura. L'attenzione si concentra sui pazienti che possono essere gestiti entro 24-48 ore dalla degenza. I servizi vengono erogati a livello interdipartimentale attraverso la collaborazione e la consulenza interdisciplinare. Dopo la rapida valutazione, i pazienti vengono indirizzati al successivo livello di assistenza come il servizio infermieristico territoriale o un team geriatrico. È importante considerare gli effetti sinergici di tutti gli interventi descritti in questa recensione in quanto l'effetto di un intervento non è isolato, soprattutto a causa di interferenze con questioni organizzative. Il contesto locale, i fattori organizzativi e l'analisi del rapporto costo-efficacia dei modelli del DE richiedono ulteriori approcci metodologici con una maggiore attenzione ai risultati di qualità, soddisfazione dei pazienti e del personale e questioni economiche ed etiche [51].

Conclusioni

Il sovraffollamento negli ospedali è un fenomeno complesso. La qualità dei servizi nei DE dipende da sforzi coordinati tra medici di emergenza, specialisti di guardia, infermieri di area critica, altri professionisti della salute, laboratorio, servizi di diagnostica per immagini e unità ospedaliere. Se una qualsiasi di queste componenti interdipendenti interrompe i processi, l'assistenza sanitaria si opporrebbe con difficoltà. I leader possono controllare alcune di queste componenti. Tuttavia, molte componenti sono controllate da soggetti esterni al DE la cui priorità potrebbe non essere l'ottimizzazione della cura del paziente. Pertanto, si può riscontrare scarsa comunicazione con i servizi di laboratorio e di imaging, accesso limitato ai letti dei pazienti. I leader dei DE devono concentrarsi su riunioni periodiche di discussione con i dirigenti istituzionali, le parti interessate interne ed esterne e i responsabili delle politiche pubbliche per attuare iniziative per evitare l'overcrowding [75]. Le soluzioni potrebbero essere un rialline-

amento degli incentivi finanziari, tenendo conto dell'abuso dei servizi sanitari e di una migliore gestione delle malattie croniche per ridurre la richiesta di ricovero ospedaliero. [76,77,78] Sebbene oggi siano stati inventati vari modelli di assistenza, capire come e quali modelli potrebbero essere implementati in quale organizzazione richiede ulteriori ricerche. Mantenere le sfide e i vantaggi di ciascun modello ci aiuta a scegliere il modo corretto.

1. Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA, Killeen JP, Pines JM. Improving service quality by understanding emergency department flow: A white paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *J Emerg Med.* 2010;38:70-9.
2. Institute of Medicine Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. Health System. The future of emergency care in the United States health system. *Ann Emerg Med.* 2006;48:115-20.
3. Statement on Emergency Department overcrowding. Australasian college for emergency medicine. 2011 Jul 16;S57
4. Bernstein SL, D'Onofrio G. Public health in the emergency department: Academic emergency medicine consensus conference executive summary. *Acad Emerg Med.* 2009;16:1037-9.
5. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1 – Concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med.* 2009;53:605-11.
6. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: Complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med.* 2000;35:63-8.
7. Walley P. Designing the accident and emergency system: Lessons from manufacturing. *Emerg Med J.* 2003;20:126-30. [PMC free article]
8. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *CJEM.* 2003;5:155-61.
9. Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006;184:208-12.
10. Forero R, Hillman K. Access Block and Overcrowding: A Literature Review. The Simpson Centre-UNSW (prepared for ACEM) 2008:79.
11. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: Causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52:126-36.
12. Dawson H, Weerasooriya J, Webster G. Hospital admissions via the emergency department: Implications for

planning and patient flow. *Healthc Q*. 2008;11:20–2.

13. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA., Jr A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2003;42:173–80.

14. Holden RJ. Lean Thinking in emergency departments: A critical review. *Ann Emerg Med*. 2011;57:265–78. [PMC free article]

15. Martinez E, Reilly BM, Evans AT, Roberts RR. The observation unit: A new interface between inpatient and outpatient care. *Am J Med*. 2001;110:274–7.

16. Bullard MJ, Villa-Roel C, Guo X, Holroyd BR, Innes G, Schull MJ, et al. The role of a rapid assessment zone/pod on reducing overcrowding in emergency departments: A systematic review. *Emerg Med J*. 2012;29:372–8.

17. Roberts MV, Baird W, Kerr P, O'Reilly S. Can an emergency department-based clinical decision unit successfully utilize alternatives to emergency hospitalization? *Eur J Emerg Med*. 2010;17:89–96.

18. George M, Rowlands D, Price M, Maxey J. Value stream mapping and process flow tools. *Lean Six Sigma Pocket Toolbook*. New York: McGraw Hill; 2005.

19. Horwitz LI, Green J, Bradley EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. *Ann Emerg Med*. 2010;55:133–41.

20. Banerjee A, Mbamalu D, Hinchley G. The impact of process re-engineering on patient throughput in emergency departments in the UK. *Int J Emerg Med*. 2008;1:189–92.

21. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009;151:264–9, W64.

22. Grouse AI, Bishop RO, Gerlach L, de Villecourt TL, Mallows JL. A stream for complex, ambulant patients reduces crowding in an emergency department. *Emerg Med Australas*. 2014;26:164–9.

23. Saghaian S, Hopp WJ, van Oyen MP, Desmond JS, Kronick SL. Patient streaming as a mechanism for improving responsiveness in emergency departments. *Oper Res*. 2012;60:1080–97.

24. Subash F, Dunn F, McNicholl B, Marlow J. Team triage improves emergency department efficiency. *Emerg Med J*. 2004;21:542–4.

25. Kim SW, Horwood C, Li JY, Hakendorf PH, Teubner DJ, Thompson CH. Impact of the emergency department streaming decision on patients' outcomes. *Intern Med J*. 2015;45:1241–7.

26. Karpel M, Williams M. Developing a FAST TRACK program. *J Ambul Care Mark*. 1988;2:35–48.

27. van Donk P, Tanti ER, Porter JE. Triage and treat model of care: Effective management of minor injuries in the emergency department. *Collegian*.

28. Dinh M, Walker A, Parameswaran A, Enright N. Eva-

luating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australas Emerg Nurs J*. 2012;15:188–94.

29. O'Brien D, Williams A, Blondell K, Jelinek GA. Impact of streaming "fast track" emergency department patients. *Aust Health Rev*. 2006;30:525–32.

30. Ardagh MW, Wells JE, Cooper K, Lyons R, Patterson R, O'Donovan P. Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department, for patients presenting to an urban emergency department: A controlled prospective trial. *N Z Med J*. 2002;115:U28. [PubMed] [Google Scholar]

31. Roche KT, editor. Improving patient safety by maximizing fast-track benefits in the emergency department – A queuing network approach. IIE Annual Conference Proceedings. US, Arizona: Institute of Industrial Engineers; 2007.

32. Rogers T, Ross N, Spooner D. Evaluation of a "See and Treat" pilot study introduced to an emergency department. *Accid Emerg Nurs*. 2004;12:24–7.

33. Travers JP, Lee FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *Eur J Emerg Med*. 2006;13:342–8.

34. Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:296.

35. Cheng I, Castren M, Kiss A, Zwarenstein M, Brommels M, Mittmann N. Cost-effectiveness of a physician-nurse supplementary triage assessment team at an academic tertiary care emergency department. *CJEM*. 2016;18:191–204.

36. Cheng I, Lee J, Mittmann N, Tyberg J, Ramagnano S, Kiss A, et al. Implementing wait-time reductions under Ontario government benchmarks (Pay-for-Results): A cluster randomized trial of the effect of a physician-nurse supplementary triage assistance team (MDRNSTAT) on emergency department patient wait times. *BMC Emerg Med*. 2013;13:17.

37. Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, et al. Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: A randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2007;14:702–8.

38. Burström L, Engström ML, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Ups J Med Sci*. 2016;121:38–44.

39. White BA, Brown DF, Sinclair J, Chang Y, Carignan S, McIntyre J, et al. Supplemented triage and rapid treatment

(START) improves performance measures in the emergency department. *J Emerg Med*. 2012;42:322–8.

40. Arbune A, Wackerbarth S, Allison P, Conigliaro J. Improvement through small cycles of change: Lessons from an academic medical center emergency department. *J Healthc Qual*. 2015;0:1–11.

41. Bourcier JE, Paquet J, Seinger M, Gallard E, Redonet JP, Cheddadi F, et al. Performance comparison of lung ultrasound and chest X-ray for the diagnosis of pneumonia in the ED. *Am J Emerg Med*. 2014;32:115–8.

42. Pirozzi C, Numis FG, Pagano A, Melillo P, Copetti R, Schiraldi F. Immediate versus delayed integrated point-of-care-ultrasonography to manage acute dyspnea in the emergency department. *Crit Ultrasound J*. 2014;6:5.

43. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Advancing HIV prevention: New strategies for a changing epidemic – United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003;52:329–32.

44. Kankaanpää M, Raitakari M, Muukkonen L, Gustafsson S, Heitto M, Palomäki A, et al. Use of point-of-care testing and early assessment model reduces length of stay for ambulatory patients in an emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24:125.

45. White DA, Scribner AN, Schulden JD, Branson BM, Heffelfinger JD. Results of a rapid HIV screening and diagnostic testing program in an urban emergency department. *Ann Emerg Med*. 2009;54:56–64.

46. Asha SE, Chan AC, Walter E, Kelly PJ, Morton RL, Ajami A, et al. Impact from point-of-care devices on emergency department patient processing times compared with central laboratory testing of blood samples: A randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Emerg Med J*. 2014;31:714–9.

47. Lee EJ, Shin SD, Song KJ, Kim SC, Cho JS, Lee SC, et al. A point-of-care chemistry test for reduction of turnaround and clinical decision time. *Am J Emerg Med*. 2011;29:489–95.

48. Parvin CA, Lo SF, Deuser SM, Weaver LG, Lewis LM, Scott MG. Impact of point-of-care testing on patients' length of stay in a large emergency department. *Clin Chem*. 1996;42:711–7.

49. NSWMo, editor. Emergency department models of care. Health. North Sydney, New South Wales: Emergency Care Institute; 2012.

50. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19:43.

51. Wylie K, Crilly J, Toloo GS, FitzGerald G, Burke J, Williams G, et al. Review article: Emergency department models of care in the context of care quality and cost: A systematic review. *Emerg Med Australas*. 2015;27:95–101.

52. Hall R. Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery. US, Rochester: Springer Science and Business Media; 2013.

53. Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. The role of triage liaison physicians on mitigating overcrowding in emergency departments: A systematic review. *Acad Emerg Med*. 2011;18:111–20.

54. Widgren BR, Jourak M. Medical emergency triage and treatment system (METTS): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *J Emerg Med*. 2011;40:623–8.

55. Burström L, Nordberg M, Ornung G, Castrén M, Wiklund T, Engström ML, et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20:57.

56. Kelen GD, Kraus CK, McCarthy ML, Bass E, Hsu EB, Li G, et al. Inpatient disposition classification for the creation of hospital surge capacity: A multiphase study. *Lancet*. 2006;368:1984–90.

57. Fry MM. A systematic review of the impact of after hours care models on emergency departments, ambulance and general practice services. *Australas Emerg Nurs J*. 2011;14:217–25.

58. Plebani M. Does POCT reduce the risk of error in laboratory testing? *Clin Chim Acta*. 2009;404:59–64.

59. Schimke I. Quality and timeliness in medical laboratory testing. *Anal Bioanal Chem*. 2009;393:1499–504.

60. Goulding L, Adamson J, Watt I, Wright J. Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: A qualitative interview study with NHS staff. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:218–24.

61. Wu D, Zhou X, Ye L, Gan J, Zhang M. Emergency department crowding and the performance of damage control resuscitation in major trauma patients with hemorrhagic shock. *Acad Emerg Med*. 2015;22:915–21.

62. Bellow AA, Jr, Gillespie GL. The evolution of ED crowding. *J Emerg Nurs*. 2014;40:153–60.

63. Schull MJ, Szalai JP, Schwartz B, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: Trends at twenty hospitals over ten years. *Acad Emerg Med*. 2001;8:1037–43.

64. Xi W, Dalal V. Impact of family medicine resident physicians on emergency department wait times and patients leaving without being seen. *CJEM*. 2015;17:475–83.

65. Rowe BH, Villa-Roel C, Guo X, Bullard MJ, Ospina M, Vandermeer B, et al. The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: A systematic review. *Acad Emerg Med*. 2011;18:1349–57.

66. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast-track area on emergency department performance. *J Emerg Med*. 2006;31:117–20.

67. Combs S, Chapman R, Bushby A. Evaluation of fast track. *Accid Emerg Nurs*. 2007;15:40–7.
68. Rodi SW, Grau MV, Orsini CM. Evaluation of a fast track unit: Alignment of resources and demand results in improved satisfaction and decreased length of stay for emergency department patients. *Qual Manag Health Care*. 2006;15:163–70.
69. Storrow AB, Zhou C, Gaddis G, Han JH, Miller K, Klubert D, et al. Decreasing lab turnaround time improves emergency department throughput and decreases emergency medical services diversion: A simulation model. *Acad Emerg Med*. 2008;15:1130–5.
70. Askenasi R, Lheureux P, Gillet J. Influence of tests on patient time in the emergency department. *Reanim Intensive care Med emergency*. 1989;5:201–2.
71. Luppa PB, Müller C, Schlichtiger A, Schlebusch H. Point-of-care testing (POCT): Current techniques and future perspectives. *Trends Anal Chem*. 2011;30:887–98.
72. Chan CL, Lin W, Yang NP, Huang HT. The association between the availability of ambulatory care and non-emergency treatment in emergency medicine departments: A comprehensive and nationwide validation. *Health Policy*. 2013;110:271–9.
73. Hoot NR, LeBlanc LJ, Jones I, Levin SR, Zhou C, Gadd CS, et al. Forecasting emergency department crowding: A discrete event simulation. *Ann Emerg Med*. 2008;52:116–25.
74. Authority H, editor. *Emergency Medicine Ward Operation Manual*. Hong Kong: AHNH, A and E Department; 2008. Clinical Services Plan for the New Territories East Cluster.
75. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 2 – Barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med*. 2009;53:612–7.]
76. Kuntz L, Mennicken R, Scholtes S. Stress on the ward: Evidence of safety tipping points in hospitals. *Manage Sci*. 2014;61:754–71.
77. Muller SW, Szczesny A, Ernst P. Value Chain, Quality-, and Cost Management in High Cost Areas in Response to Changing Economic Incentives-Evidence From a German Hospital. *Chris, Value Chain, Quality-, and Cost Management in High Cost Areas in Response to Changing Economic Incentives-Evidence From a German Hospital* (01 August, 2014) 2014
78. Claret PG, Bobbia X, Jonquet O, Bousquet J, de La Coussaye JE. Integrated chronic disease management to avoid emergency departments: The MACVIA-LR® approach. *Intern Emerg Med*. 2014;9:875–8.

CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE

RIMANIAMO IN CASA

Contribuiamo alla Salute di tutti

#noiconvoiperlavita



OPI
Ordine Professioni Infermieristiche Taranto



CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE

Una Sanità in prima linea per VOI

#noiconvoiperlavita



OPI
Ordine Professioni Infermieristiche Taranto



CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE

UNITI CE LA FAREMO

#noiconvoiperlavita



OPI
Ordine Professioni Infermieristiche Taranto



Il ruolo del Professionista Infermiere ed il fenomeno Camice-Corazza



Dott. Della Pietà Cosimo

Professore a contratto CDL Infermieristica, Università di Bari, Polo Jonico

Dott.ssa Del Nigro Michela

Studentessa CDL Infermieristica, Università di Bari, Polo Jonico

Dott.ssa Tosi Anna

Studentessa CDL Infermieristica, Università di Bari, Polo Jonico

Il seguente elaborato si propone una sintesi delle ripercussioni che i Professionisti Infermieri, in quanto parte delle “helping professions”, possono presentare nella sfera psicologica, venendo a contatto con più persone che portano con sé la loro storia, le loro emozioni, il loro vissuto e i loro problemi.

INTRODUZIONE - Nel momento in cui l'infermiere si trova a rispondere ad un bisogno, non può limitarsi alla mera esecuzione di una specifica prestazione. Le Technical Skills risultano fondamentali, ma non sono sufficienti: sono necessarie non Technical Skills, che comprendono abilità sociali che permettano un'adeguata relazione con l'altro e abilità che rendano l'infermiere un 'buon infermiere'.

Essendo una professione che eroga assistenza specializzata, in risposta ad un bisogno di aiuto e di salute, l'infermiere si trova ad essere la figura principale con cui il paziente si identifica e questo espone maggiormente il professionista Infermiere alla vicinanza emotiva ed al contatto con la sofferenza.

Sempre più la professione infermieristica ha preso coscienza dell'importanza della psicologia nel relazionarsi con i malati. Nella pratica quotidiana dell'assistenza vengono messi in primo piano relazione, dialogo e rapporto con il paziente, risultando inconcepibile il contrario.

STRESS O BORNOUT? - La reazione spontanea a problemi lavorativi è comunemente chiamata stress. Se, però, questo è il risultato di uno squilibrio fra risorse disponibili e richieste dell'ambiente esterno, così non è per il burnout che rappresenta invece un insuccesso nel processo di adattamento,



accompagnato a un malfunzionamento cronico dell'organizzazione lavorativa. I due fenomeni non hanno una relazione biunivoca. Infatti, se il burnout presuppone lo stress, il contrario non risulta essere vero. Come risposta ad un turbamento dell'equilibrio, il nostro corpo reagisce con lo stress, che, cronicizzandosi, arriva a danneggiare le capacità di adattamento generali, causando il possibile fenomeno del burnout.

Questo disagio psicofisico è stato descritto inizialmente da C. Maslach dopo aver osservato, negli anni '70, una sintomatologia comune fra alcuni operatori sanitari di un reparto di igiene mentale. Coloro che svolgono le cosiddette "helping professions" e tutti coloro che vengono quotidianamente

a contatto con realtà di disagio, sofferenza ed in cui il rapporto con l'utente è di centrale importanza, sembrano più soggetti a presentare questo disturbo.

"Burnout è una sindrome da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale che può verificarsi in soggetti che svolgono un determinato tipo di lavoro".

(Maslach e Leiter, 1997)

Ne consegue un lento logoramento psicofisico causato da una mancanza di energie e di capacità di sostenere e scaricare lo stress accumulato in questi ambienti.

Le conseguenze del burnout sono:

- **esaurimento emotivo:** mancanza dell'e-

nergia necessaria per affrontare la realtà quotidiana, con sentimenti di apatia e distacco emotivo nei confronti del lavoro;

- **depersonalizzazione:** atteggiamento di ostilità, che coinvolge primariamente la relazione professionale d'aiuto, vissuta con fastidio, freddezza, cinismo;
- **ridotta realizzazione professionale:** rappresenta la dimensione autoriflessiva del burnout, in cui l'operatore avverte forti sensazioni d'inadeguatezza, d'insuccesso professionale, d'incompetenza nella relazione con l'utente. Questo si manifesterà con un drastico abbassamento dell'autostima e della motivazione.

L'infermiere cerca di attuare strategie che riducano l'impatto emotivo con le problematiche del paziente che gli studiosi hanno diviso in due modalità:

- **Surface acting (di superficie):** tentativo di mascheramento dell'emozione con cambiamento del linguaggio non verbale, come espressione del viso, postura e tono di voce;
- **Deep acting (profonda):** prevenzione dell'emozione negativa, e quindi non appropriata, rendendola più adeguata al contesto.

La prima risulta essere quella che viene espressa con maggiore frequenza.

Al disagio psicologico e relazionale si aggiungono generalmente problematiche fisiche come malessere generale, astenia, cefalea e disturbi del sonno come insonnia o ipersonnia.

Possiamo quindi generalizzare dicendo che questa sindrome deriva dall'incapacità dell'individuo di far fronte alle richieste professionali che gli vengono poste.

COME MISURARLO? - La scala più frequentemente utilizzata è la Maslach Burnout Inventory (MBI) in cui vengono prese in considerazione le 3 dimensioni indipendenti sopracitate: Esaurimento emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP) e Realizzazione Professionale (RP).

In totale l'individuo viene sottoposto a 22 items (domande) a cui deve rispondere attribuendo un punteggio da 0 (mai) a 6 (ogni giorno). La somma

dei vari punteggi divisi per singole aree, determinano poi una valutazione dello stato psicofisico del soggetto.

REPARTI PIÙ A RISCHIO? - Possiamo supporre che, rivolgendoci principalmente alle "helping professions", sia più elevato il rischio di sviluppare burnout in alcuni reparti, in quanto sono presenti particolari condizioni che non troviamo in altri. Esempio è l'oncologia, in cui l'infermiere si trova a dover far fronte ad un pesantissimo carico emotivo, condividendo le paure ed angosce della persona assistita, cercando, però, di non lasciarsi travolgere dal dolore; altro esempio è la pediatria, dove sicuramente il fattore discriminante è la piccola età di coloro che sono i soggetti dell'assistenza.

Studi che dimostrano la prevalenza del burnout in ambito oncologico furono pubblicati nel 2008. Essi avevano utilizzato come strumento di valutazione il Maslach Burnout Inventory (MBI).

Il risultato fu che una percentuale compresa fra 8% e il 51% presentava punteggi elevati in almeno una delle tre scale del questionario.

Ricerche successive, condotte in vari paesi occidentali, hanno riportato stime di burnout fra gli operatori oncologici in linea con i dati ricavati, mostrando nel complesso che almeno il 10% del personale mostra una sindrome da burnout.

Il più ampio studio italiano sull'argomento è una ricerca multicentrica che ha coinvolto 440 soggetti, tra medici e infermieri, appartenenti a 9 diversi centri di oncematologia sparsi nel territorio italiano. I risultati hanno mostrato, in linea con le percentuali di altri paesi occidentali, i seguenti valori medi tra le due categorie professionali: esaurimento emotivo 32%; depersonalizzazione 26,7% e ridotta realizzazione personale 13,9%. Non sono state individuate differenze tra medici e infermieri. La maggiori fonti di stress erano legati all'ambiente lavorativo e alla sua organizzazione che portava ad un eccessivo carico di lavoro.

IL FENOMENO CAMICE-CORAZZA - Alcuni studi evidenziano una correlazione negativa tra burnout ed empatia, suggerendo una relazione

diretta tra queste due condizioni psicologiche, confermando, quindi, che il burnout è connotato da un declino della capacità empatica. Accumulando anni di esperienza, il coinvolgimento emotivo, se non ben gestito, raggiunge un livello così elevato che il professionista Infermiere è portato, inavvertitamente, ad avere una involuzione di quel sentimento di empatia che ha determinato la scelta della professione, portandolo ad un atteggiamento indifferente e distaccato all'interno del proprio camice-corazza. Quindi, conseguenza del burnout nei professionisti infermieri è la perdita di identificazione positiva del ruolo professionale. Il camice è vissuto come una trappola (corazza / prigione appunto), dove il ruolo professionale intrappola la soggettività del professionista.

STRATEGIE DI PREVENZIONE - Nel corso degli anni sono state proposte numerose strategie per fronteggiare questa problematica, che però non hanno fondamenta scientifiche:

- condurre uno stile di vita sano: permetterebbe di riuscire a far maggiormente fronte allo stress;
- ricorrere a tecniche di rilassamento;
- accresce grado di autoconsapevolezza prendendo coscienza delle proprie emozioni per poterle gestire al meglio;
- rafforzare le abilità di coping;
- accrescere supporto sociale bilanciando al meglio il rapporto vita lavorativa-vita privata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto ufficialmente il Burnout come sindrome occupazionale ed è stata inserita nella Classificazione ICD, ovvero nella Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi correlati, che uscirà aggiornata nel gennaio del 2022.

CONCLUSIONI - Evidenze dimostrano che il personale sanitario non può essere, per natura, indifferente alle sofferenze altrui, riportando dopo lunghi periodi, egli stesso, ripercussioni sia fisiche che psicologiche e morali.

Occorre, quindi, non sottovalutare l'impatto che certe condizioni possono determinare sul professionista dell'assistenziale ed educare a gestirle in

modo efficace.

Inoltre, non considerare questo fattore comporta inevitabilmente conseguenze negative anche sulla qualità dell'assistenza e delle cure erogate.

Valide strategie per fronteggiare queste situazioni possono essere: la rilevazione dell'entità del fenomeno nelle organizzazioni, la diffusione campagne di sensibilizzazione sull'argomento, implementazione di progetti formativi, che mirano ad aumentare nei professionisti sanitari le Non Technical Skills, ad integrazione e supporto delle proprie competenze tecniche professionali.

E' necessario, dunque, studiare meglio questo fenomeno per individuare elementi disfunzionali atti a favorire il benessere, cambiando la prospettiva e riconoscendo l'importanza e l'urgenza di prendersi cura di chi cura.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1984). *Disadattamento al lavoro. Ricerca socio sanitaria, Ist. Italiano Med. Sociale, Roma.*

1) Balint M. (1961). *Medico, paziente, malattia, Feltrinelli, Milano.*

2) Bateson G. (2000). *Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano.*

3) Bion W.R. (1996). *Esperienze nei gruppi, Armando Editore.*

4) Bocalon P. Bocalon R. e al. (2002a). *Percorso formativo e prevenzione dello Stress occupazionale: indagine comparata sugli allievi di due Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche, 65° Congresso SIMLII, Taormina.*

5) Bocalon P. Bigazzi E. e al. (2002 b). *Stress e burnout tra gli operatori sanitari: primi risultati di un'indagine sul personale di in un'Azienda Ospedaliera. Workshop I Rischi Psicosociali sul lavoro: stress occupazionale e disadattamento lavorativo, Pisa.*

6) Bocalon R. (1993). *Organizzazione del lavoro, soggettività e burn-out nelle strutture sanitarie, In La Rosa M. (a cura di) (1993). Stress e lavoro, Milano, Franco Angeli.*

7) Bocalon R. (1999). *Chi cura rischia di bruciarsi, Il Sole 24 Ore - Sanità e Management n° 37.*

8) *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019*

SITOGRAFIA

<http://www.centrosynthesis.it>

<https://www.assocarenews.it>

<https://www.istitutobeck.com>

Come formulare un piano di assistenza: accertamento, diagnosi infermieristica, NOC, NIC

17 Marzo 2020, h. 14.00-20.00

Sala Convegni Hospice San Bartolomeo Martina Franca (TA)

14.00 14.15	Registrazione dei partecipanti
14.15 14.30	Apertura dei lavori e saluti Benedetta Mattiacci - Presidente OPI Taranto Dr. Mariano Bruni - Direttore Sanitario Hospice San Bartolomeo Dott.ssa Adriana Benevento - Infermiera Coordinatrice
14.30 15.30	Accertamento infermieristico: modelli funzionali di Marjory Gordon Dott.ssa Maria Carmela Bruni - Dirigente Professioni Infermieristiche Taranto
15.30 16.30	Le diagnosi infermieristiche: tipi e formulazione Dott.ssa Anna Colautti - Infermiera
16.30 17.30	Piani di assistenza risultati NOC Dott.ssa Rossella Bastone - Infermiera
17.30 18.30	Piani di assistenza, interventi NIC Dott.ssa Ilaria D'Elia - Infermiera
18.30 18.45	Pausa
Lavori di gruppo	
18.45 19.15	Formulazione di due piani di assistenza (area medica e area chirurgica) Tutti i relatori
19.15 19.45	Formulazione di un piano di assistenza (malattia cronico degenerativa) Tutti i relatori
19.15 20.00	Questionario di verifica

CORSO ITINERANTE



Evento N. 5793

6 Crediti ECM

Quota Sede

Destinatari

Iscrizioni On Line

Gratuito

Sala Convegni Hospice San Bartolomeo
Contrada Tagliente, San Paolo, Martina Franca, TA
Infermieri 20 - Infermieri Pediatrici 10
Riservato iscritti OPI Taranto

www.opitaranto.it

A partire dal 24 febbraio 2020

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE IN TERAPIA INTENSIVA

Dott.ssa Monica Cardellicchio

Infermiera Distretto Unico ASL Taranto

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

L'adeguata gestione del dolore è da tempo un settore problematico per la ricerca e la pratica infermieristica. Il dolore fisico è causa di sofferenza e di inabilità, e compromette seriamente la qualità della vita di diversi milioni di persone nel mondo; nonostante ciò, una porzione importante di questi individui non riceve un'adeguata gestione del loro dolore. La valutazione e la gestione del dolore è, quindi, un argomento particolarmente complesso in unità di terapia intensiva (ICU), dove molti pazienti non riescono a verbalizzare il dolore. La maggior parte dei pazienti che ricevono cure intensive hanno esperienze sgradevoli e ricordano eventi spaventosi e dolorosi. Questi pazienti spesso sono sottoposti a diverse procedure invasive molte delle quali dolorose: la ventilazione meccanica o l'aspirazione delle vie aeree possono essere particolarmente stressanti, la mobilizzazione a letto, le ferite, i drenaggi sono causa di dolore per i pazienti. Spesso, con la giustificazione che l'urgenza delle manovre e/o le condizioni particolari della persona (intubato, sedato, non comunicante) non lo consentono oppure non lo richiedono, non si pensa all'analgesia, non ponendo la giusta attenzione al dolore provocato dalla manovra sulla persona assistita. Il dolore non rilevato è causa di disagio per i pazienti, con conseguente perdita di sonno, disorientamento e stanchezza [1] e con le possibili conseguenze fisiologiche [2]. Molti studi indicano che i pazienti critici sono inclini a sperimentare il dolore in virtù della loro fisiopatologia [3] [4], ma anche a causa delle terapie e delle procedure a cui sono sottoposti [5] [6].

Stevens e coll. nel 1990 hanno rilevato che il 30-70% dei pazienti in ICU prova dolore per lo più di grado moderato, severo o addirittura intollerabile [7]. In uno studio di Bone [8], analizzando i dati ottenuti dai questionari consegnati ai pazienti dimessi dalla rianimazione e trasferiti in altri reparti, viene spesso ribadito il concetto che il 50% di questi pazienti ha citato il dolore come peggior ricordo della degenza in ICU.

I pazienti critici spesso sono incapaci di comunicare a causa della malattia o della sedazione, in questi casi il riconoscimento e la valutazione del loro dolore è difficile; tuttavia, il riconoscimento e la valutazione sono i primi passi per una gestione efficace del dolore. Una valutazione si-

stematica può avere un impatto sui risultati dei pazienti, riducendo la durata della ventilazione meccanica e il tasso di infezioni nosocomiali [9]. Lo studio di Payen et al. [10] ha mostrato effetti positivi sulla gestione del dolore quando sono stati utilizzati strumenti per la sua valutazione.

È ampiamente riconosciuto che la valutazione del dolore (con scale apposite) dovrebbe guidarne gli interventi di gestione [11] [12]. Alcuni studi hanno dimostrato che gli infermieri sono soliti sottostimare il livello di dolore dei pazienti [13] [14] [15]. Altre ricerche hanno dimostrato che la gestione del dolore nei pazienti critici è inadeguata [16] [17] [18] [19] e che la sua gravità è spesso sottovalutata [18] [19] [20].

Un altro fattore, che influenza il trattamento del dolore in terapia intensiva, è il modo in cui vengono prescritti i farmaci. Infatti molti analgesici e sedativi sono prescritti al bisogno [4] [13] [21] [22], in tal modo dipende dalla soggettività del personale infermieristico la somministrazione o meno.

L'esposizione a elevati livelli di dolore ha conseguenze psicologiche e fisiologiche negative [3] [4] e la sua gestione efficace è importante per il mantenimento della dignità dei pazienti [12]. La gestione adeguata del dolore dipende da una valutazione sistematica e accurata utile a orientare il processo decisionale per la prescrizione e somministrazione di analgesici [1] [11] [24].

Le conseguenze del dolore acuto non trattato in pazienti critici includono l'aumento delle catecolamine e degli ormoni dello stress con potenziale comparsa di tachicardia, ipertensione, aumentata richiesta di ossigeno e ridotta perfusione dei tessuti [3] [25]. L'agitazione è anche un problema comune nei pazienti critici ed è stato dimostrato essere associata ad una inadeguata gestione del dolore [26]; essa può avere gravi conseguenze per i pazienti tali da danneggiare le connessioni al ventilatore meccanico o sfilarsi il tubo endotracheale [27].

L'American Society for Pain Management Nursing ha pubblicato delle raccomandazioni per la valutazione e la gestione del dolore in pazienti intubati o sedati, che includono: l'autovalutazione, se possibile; le potenziali cause di dolore; l'osservazione del comportamento dei pazienti e l'uso di analgesici [12]. È stato anche descritto un approccio fisiologico per la valutazione del dolore [1] [28].

Nei pazienti impossibilitati a comunicare, il dolore deve essere valutato utilizzando metodi oggettivi, basati su indicatori comportamentali e fisiologici [1] [11] [12] [23] [25] [29].

Le espressioni del viso, come una smorfia, aggrottamento delle sopracciglia, la fronte solcata da rughe e le lacrime, sono potenziali indicatori di dolore [4] [11] [13] [30] [31] [32]. I movimenti dei pazienti, soprattutto durante le procedure, sono legati al dolore, ma non indicano necessariamente una esperienza cosciente dello stesso [4] [23]. Segni fisiologici mediati dal sistema nervoso autonomo, ad esempio l'aumento della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa, possono fungere da segnali di dolore quindi possono essere utilizzati per la sua valutazione.

L'uso di segni fisiologici, come unico indicatore del dolore, deve essere considerato ambiguo; anche se questi indicatori possono cambiare in presenza di dolore, numerosi altri fattori influenzano i cambiamenti, come la malattia del paziente e i farmaci. I segni fisiologici hanno anche la tendenza ad adattarsi alla presenza o assenza di dolore [25] [33].

Un buon strumento di valutazione del dolore, per pazienti incoscienti o sedati, dovrebbe essere di facile utilizzo, con istruzioni ben definite a punteggio, in grado di distinguere tra dolore e nessun dolore ed essere sensibile ai cambiamenti [34] [35].

OBIETTIVI E METODO

Data la rilevanza dal punto di vista clinico, assistenziale, organizzativo, che comporta un'adeguata valutazione e gestione del dolore dei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva, si è deciso di effettuare una revisione della letteratura per reperire strumenti validati con le caratteristiche citate negli studi di Jensen et al. (1986) [34], Hamill-Ruth et al. (1999) [25], Streiner et al. (2003) [35] da poter utilizzare nella pratica clinica.

La ricerca è stata effettuata nei database Pub-Med e Cochrane Library, data l'esiguità dei risultati ottenuti non sono stati impostati limiti nei database utilizzati per quanto riguarda le tipologie di studi; sono stati esclusi i documenti che riguardavano la valutazione del dolore nelle terapie intensive neonatali e pediatriche.

Le parole chiave utilizzate sono: intensive care, unconscious, pain measurement, pain diagnosis, pain assessment, pain tool combinate tra loro attraverso l'operatore booleano AND.

RISULTATI

La ricerca ha prodotto 5 articoli i quali sono stati tutti ritenuti inerenti all'argomento di ricerca.

Autori	Titolo dell'articolo	Rivista
Pudas-Tähkä SM, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S.	Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review	Journal of Advanced Nursing, 2009
Cade CH.	Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults	Nursing in Critical Care, 2008
Gélinas C, Johnston C.	Pain Assessment in the Critically Ill Ventilated Adult: Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and Physiologic Indicators	Clinical Journal Pain, 2007
Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M.	Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adult Patients	American Journal of Critical Care, 2006
Younga J, Siffleeta J, Nikoletti S, Shawa T.	Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients	Intensive and Critical Care Nursing, 2006

DISCUSSIONI

Gli studi utili per l'analisi sono risultati solo 5, si tratta di 2 revisioni sistematiche della letteratura e 3 studi clinici. Gli studi sono molto disomogenei tra di loro per diverse variabili e anche le conclusioni a cui giungono risultano essere contraddittorie. Di seguito si procederà all'analisi critica dei singoli articoli per evidenziarne i punti di forza e di debolezza.

Lo studio di Pudas-Tähkä SM e coll. (Pudas-Tähkä SM et al. 2009) è una revisione sistematica della letteratura effettuata su sette database (tra i quali Cochrane database, ACP journal club, CINAHL) e comprende il periodo che va dal gennaio del 1987 al febbraio del 2007. Su un totale di 1586 abstract un revisore e un bibliotecario hanno individuato 58 articoli pertinenti ai limiti imposti per la ricerca (articoli in lingua inglese o finlandese che trattassero delle modalità di rilevazione del dolore in pazienti adulti sedati o incoscienti); dei 58 articoli ne sono stati individuati 9 da tre supervisori. Sono stati esclusi 3 articoli pertinenti con l'argomento di ricerca perché in lingua differente da quella imposta nei limiti (2 articoli in lingua tedesca e 1 in turco) e articoli di cui non era disponibile la versione full-text. Dall'analisi degli articoli è emerso che per la valutazione del dolore in ICU di pazienti sedati o incoscienti si utilizzavano 5 differenti scale di valutazione; tutte le scale contenevano indicatori comportamentali e solo tre di esse prendevano in considerazione anche la variazione di parametri fisiologici. Le scale non erano paragonabili fra di loro per la profonda differenza degli indicatori presi in considerazione, per l'attribuzione soggettiva del punteggio da parte del rilevatore e per la difficoltà nel confrontare lo stesso indicatore con punteggi differenti. Dallo studio non è stato possibile dedurre quale dei 5 strumenti di valutazione del dolore fosse più valido da utilizzare nella pratica clinica.

Titolo dell'articolo	Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review
Metodologia di ricerca	Revisione sistematica della letteratura condotta su sette data base. Periodo compreso: gennaio 1987-febbraio 2007.
Campione	Su un totale di 1586 Abstract 58 sono stati selezionati per la revisione e di questi 9 sono stati inclusi nella revisione. Due ricercatori hanno valutato in maniera indipendente gli abstract e tre supervisori hanno estratto i documenti. I documenti inclusi sono stati valutati utilizzando uno strumento precedentemente sviluppato per analizzare gli strumenti di valutazione del dolore.
Risultati	Sono stati identificati cinque diversi strumenti di valutazione del dolore che erano stati utilizzati con pazienti incoscienti o sedati. Tutti e cinque gli strumenti includevano indicatori comportamentali e tre includevano indicatori fisiologici. Le loro proprietà psicometriche variavano e non era possibile dedurre la loro utilità clinica.
Conclusioni	Non è stato possibile dedurre l'utilità clinica delle cinque scale di valutazione del dolore. Sono necessarie ulteriori ricerche per individuare uno strumento per la valutazione del dolore, dal momento che il dolore non rilevato non può essere trattato in maniera efficace.

Anche lo studio di Cade CH (Cade CH 2008) è una revisione sistematica della letteratura condotta su CINAHL e MEDLINE a partire dal 1997. Da 19 abstract individuati nella fase iniziale della ricerca ne sono stati selezionati 5 che erano conformi ai limiti stabiliti. I 5 articoli analizzavano tre differenti strumenti per la valutazione del dolore in pazienti adulti sedati in condizioni critiche. La BPS è stata la scala di valutazione testata in 3 studi differenti e su un maggior numero di pazienti ed è stata ritenuta dal revisore la più affidabile per l'utilizzo nella pratica clinica. I tre studi in cui viene valutata l'affidabilità della BPS sono stati effettuati in contesti differenti: uno studio è stato effettuato in Marocco in una rianimazione generale, un altro è stato eseguito in Francia in una rianimazione post-chirurgica e traumatologica e un altro studio è stato effettuato in Australia in una rianimazione che trattava pazienti con patologie internistiche, chirurgiche, neurologiche e di emergenza; ciò conferma la riproducibilità dello studio e di conseguenza l'affidabilità di tale scala per la rilevazione del dolore in pazienti sedati e critici.

Titolo dell'articolo	Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults
Metodologia di ricerca	Revisione sistematica della letteratura condotta su CINAHL e MEDLINE a partire dal 1997.
Campione	Su 19 abstract sono stati selezionati 5 articoli che analizzavano strumenti per la valutazione del dolore in pazienti adulti sedati in condizioni critiche.
Risultati	Sono stati identificati tre strumenti di valutazione del dolore per pazienti sedati in condizioni critiche. Ciascuna scala dà un punteggio numerico ad ogni valutazione, il punteggio può essere documentato e confrontato facilmente nel tempo.
Conclusioni	La BPS è stata testata tra la più vasta gamma di pazienti e in tre studi è risultata essere uno strumento affidabile e valido. Sono necessarie ulteriori ricerche per dimostrare la validità della CPOT. Lo studio di <u>Odhner et al.</u> non ha consentito una verifica adeguata della NVPS.

Lo studio di Gélinas C e coll. del 2007 (Gélinas C et al. 2007) è uno studio clinico osservazionale di tipo cross-over che compara la CPOT con parametri fisiologici quali la pressione arteriosa media, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e la saturazione di ossigeno transcutanea in pazienti critici adulti ventilati. Un campione di 30 pazienti coscienti e 25 incoscienti in ventilazione meccanica è stato arruolato in un policlinico universitario di Montreal con lo scopo di confrontare due differenti modalità di valutazione del dolore da parte degli infermieri del reparto e dal team di ricerca prima, durante e 20 minuti dopo una procedura nocicettiva (movimentazione), e una procedura non nocicettiva (rilevazione della NIBP). I pazienti ventilati coscienti fornivano essi stessi la valutazione del dolore. Secondo i revisori la CPOT sarebbe uno strumento valido per la pratica clinica per la rilevazione del dolore nei pazienti critici adulti e gli indicatori fisiologici dovrebbero usarsi a conferma della COPT. Lo studio presenta delle variabili non omogenee tra il gruppo dei pazienti coscienti e quello degli incoscienti come il sesso, l'età, la patologia di ricovero, e l'analgesia:

TABLE 1. Descriptive Statistics of the Conscious and the Unconscious Groups

Variable	Conscious Patients	Unconscious Patients	Total
Sex (n)			
Male	15	17	32
Female	15	8	23
Diagnostic group (n)			
Trauma (with head injury)	5	14	19
Other trauma	3	2	5
Neurology (eg, subdural hemorrhage, hydrocephaly, brain infarct)	1	2	3
Surgical (thoracic, abdominal)	4	1	5
Medical (eg, pulmonary or cardiac problem, hemorrhage, sepsis)	17	6	23
Age			
Mean (standard deviation)	63.07 (16.29)	54.96 (23.03)	59.38 (19.87)
APACHE			
Mean (standard deviation)	19.60 (5.56)	21.44 (4.23)	20.44 (5.04)
Type of regimen (n)			
No drips	11	6	17
Analgesia only	7	1	8
Fentanyl drip (µg/h)	58.64 (64.30)	25.00 (-)	54.44 (60.71)
Sedation only	5	9	14
Propofol drip (µg/kg/h)	22.50 (5.00)	25.00 (9.05)	24.23 (7.89)
or			
Midazolam drip (mg/h)	1.00 (-)	4.00 (-)	2.50 (2.12)
Sedation and analgesia	7	9	16
Propofol drip (µg/kg/h)	25.42 (13.82)	37.14 (25.14)	31.73 (20.80)
or			
Midazolam drip (mg/h)	6.00 (-)	3.00 (2.82)	4.00 (2.65)
Fentanyl drip (µg/h)	86.43 (79.57)	64.44 (72.06)	74.06 (73.67)

Titolo dell'articolo	Pain Assessment in the Critically Ill Ventilated Adult: Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and Physiologic Indicators
Metodologia di ricerca	Studio clinico osservazionale di tipo cross-over che compara la CPOT con parametri fisiologici quali la pressione arteriosa media, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e la saturazione di ossigeno transcutanea in pazienti critici adulti ventilati.
Campione	Sono stati reclutati 30 pazienti coscienti e 25 pazienti <u>incoscienti</u> ventilati dell'unità di terapia intensiva. I pazienti sono stati valutati da infermieri e dal team di ricerca prima, durante e 20 minuti dopo una procedura nocicettiva (movimentazione), e una procedura non nocicettiva (rilevazione della NIBP). I pazienti ventilati coscienti fornivano essi stessi la valutazione del dolore.
Risultati	Con la CPOT, i pazienti coscienti hanno mostrato punteggi più alti durante la movimentazione rispetto ai pazienti incoscienti. Tuttavia, i risultati erano simili in entrambi i gruppi per la maggior parte degli indicatori fisiologici. Durante la movimentazione, i parametri fisiologici aumentavano, mentre nel corso del monitoraggio della NIBP, i valori rimanevano stabili. I livelli di SpO2 diminuivano maggiormente durante la movimentazione nel gruppo dei coscienti.
Conclusioni	La CPOT è uno strumento affidabile e valido per valutare il dolore nel paziente critico adulto. Gli indicatori comportamentali forniscono ulteriori informazioni valide per la valutazione del dolore. Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare la reazione ad una procedura dolorosa da parte di pazienti con differenti patologie.

Gélinas C e coll. nel 2006 avevano effettuato un altro studio quantitativo per convalidare la CPOT, anche in quel caso gli autori ritennero che tale strumento fosse valido e affidabile per la valutazione del dolore in pazienti che avevano subito interventi cardiocirurgici.

Titolo dell'articolo	Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adult Patients
Metodologia di ricerca	Studio clinico quantitativo per convalidare la CPOT
Campione	È stato arruolato un campione di convenienza di 105 pazienti cardiocirurgici del reparto di terapia intensiva. Dopo l'intervento chirurgico, 33 dei 105 pazienti sono stati valutati mentre erano incoscienti e intubati e 99, mentre erano coscienti e intubati, tutti i 105 pazienti sono stati valutati successivamente dopo l'estubazione. Per ciascuno dei 3 periodi di sperimentazione, i pazienti sono stati valutati utilizzando la CPOT nel corso di una procedura nocicettiva (movimentazione), e 20 minuti dopo la procedura, per un totale di 9 valutazioni. Ogni valutazione del dolore è stata ottenuta, con il paziente cosciente e intubato e dopo l'estubazione.
Risultati	Durante i 3 periodi di sperimentazione, i punteggi della CPOT erano significativamente più elevati durante la movimentazione che durante i rimanenti periodi.
Conclusioni	La CPOT ha dimostrato di essere uno strumento valido e affidabile per la valutazione del dolore in pazienti cardiocirurgici del reparto di terapia intensiva. Tuttavia, tale strumento deve essere ulteriormente validato in differenti popolazioni di pazienti critici.

Il lavoro di Younga J e coll. (Younga J et al. 2006) è uno studio prospettico descrittivo per valutare la validità e l'affidabilità del BPS per la valutazione del dolore in pazienti critici in fase di procedure dolorose (movimentazione) e non dolorose (cura dell'occhio). Nello studio sono stati arruolati 44 pazienti adulti del reparto di terapia intensiva in ventilazione meccanica da almeno 48 h. I pazienti sono stati valutati due volte per il dolore durante la cura degli occhi e due volte per il dolore durante la movimentazione. In particolare, sono stati valutati immediatamente prima e durante la procedura utilizzando la BPS. E' risultata una media del 73% di punteggi del BPS aumentata (che indica il dolore) dopo che i pazienti sono stati movimentati, rispetto al 14% dopo la cura degli occhi. Tale aumento è stato statisticamente significativo per la movimentazione ($p < 0,003$) ma non per le cure oculistiche ($p > 0,3$). Le probabilità di un aumento della BPS tra le valutazioni pre e post procedura è stata più di 25 volte superiore per la movimentazione rispetto alla cura degli occhi ($p < 0,0001$). La BPS è risultato essere uno strumento valido e affidabile nella valutazione del dolore nel paziente incosciente sedato. I risultati inoltre hanno evidenziato che i tradizionali indicatori di dolore, come le fluttuazioni nei parametri emodinamici, non sempre sono una misura precisa per la valutazione del dolore.

Titolo dell'articolo	Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients
Metodologia di ricerca	Studio prospettico descrittivo per valutare la validità e l'affidabilità del BPS per la valutazione del dolore in pazienti critici in fase di procedure dolorose (movimentazione) e non dolorose (cura dell'occhio).
Campione	Sono stati arruolati 44 pazienti adulti del reparto di terapia intensiva in ventilazione meccanica da almeno 48 h. I pazienti sono stati valutati due volte per il dolore durante la cura degli occhi e due volte per il dolore durante la movimentazione. In particolare, sono stati valutati immediatamente prima e durante la procedura utilizzando la BPS.
Risultati	Una media del 73% di punteggi del BPS aumentata (che indica il dolore) dopo che i pazienti sono stati movimentati, rispetto al 14% dopo la cura degli occhi. Tale aumento è stato statisticamente significativo per la movimentazione ($p < 0,003$) ma non per le cure oculistiche ($p > 0,3$). Le probabilità di un aumento della BPS tra le valutazioni pre e post procedura è stata più di 25 volte superiore per la movimentazione rispetto alla cura degli occhi ($p < 0,0001$).
Conclusioni	La BPS è risultato essere uno strumento valido e affidabile nella valutazione del dolore nel paziente incosciente sedato. I risultati inoltre hanno evidenziato che i tradizionali indicatori di dolore, come le fluttuazioni nei parametri emodinamici, non sempre sono una misura precisa per la valutazione del dolore.

CONCLUSIONI

Studi clinici hanno dimostrato che spesso il dolore in pazienti critici adulti è sottovalutato^{23,41,42,22}. Nei reparti di terapia intensiva sono due i fattori che interferiscono principalmente con la rilevazione del dolore: la gravità delle condizioni cliniche e la necessità di far fronte alle emergenze-urgenze, da una parte, e l'incapacità del paziente a comunicare, dall'altra. Un altro ostacolo ad una corretta valutazione e gestione del dolore nei reparti di terapia intensiva è dovuta alla mancanza di strumenti validati scientificamente ed univocamente con indicatori standardizzati semplici da utilizzare nella pratica clinica. D'altronde, essendo il dolore un'esperienza soggettiva, è difficile da valutare in maniera oggettiva, e lo è ancor di più per i pazienti critici incoscienti, sedati e intubati.

Dalla revisione della letteratura effettuata emergono risultati contrastanti, la BPS ad oggi sembra essere uno strumento abbastanza affidabile per la rilevazione del dolore in pazienti incoscienti sedati e intubati; sicuramente sono necessari ulteriori studi per approfondire le conoscenze di un argomento tanto delicato quanto ricorrente nella pratica clinica. Gli indicatori fisiologici utilizzati in alcuni contesti non sempre sono attendibili in quanto variazioni dei parametri fisiologici pos-

sono essere dovute a condizioni preesistenti o alla concomitante assunzione di farmaci. È utile approfondire l'argomento con ulteriori studi indagando soprattutto popolazioni più ampie con differenti classi di età e sesso, tenendo conto della condizione patologica di base e l'uso concomitante di farmaci.

BIBLIOGRAFIA

- Jacobi J, Fraser GL, Coursin DN, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*. (2002); 30(1), 119-41.
- Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MAE. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care*. (2008); 12(3), S2.
- Blakely WP, Page GG. Pathophysiology of pain in critically ill patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. (2001); 13: 167-78.
- Payen J, Bru O, Bosson J, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioural pain scale. *Critical Care Medicine*. (2001); 29: 2258-63.
- Puntillo K, White C, Bonham Morris A, et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from the Thunder Project II. *American Journal of Critical Care*. (2001); 10: 238-51.
- Gacouin A, Camus C, Le Tulzo Y, et al. Assessment of peri-extubation pain by visual analogue scale in the adult intensive care unit: a prospective observational study. *Intensive Care Medicine*. (2004); 30: 1340-47.
- Stevens DS, Edwards WT. Management of pain in mechanically ventilated patients. *Crit Care Clin*. (1994); 10: 767-78.
- Bone RC, Hayden WR, Levine RL et al. Recognition, assessment and treatment of anxiety in critical care patient. *Dis Mon*. (1995); 31: 296-359.
- Chanques G, Jaber S, Barbotte E, et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*. (2006); 34, 1691-99.
- Payen JF, Chanques G, Mantz J, et al. Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients. A prospective multicenter patient based study. *Anesthesiology*. (2007); 106, 687-695.
- Kwekkeboom KL, Herr K. Assessment of pain in the critically ill. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. (2001); 13: 181-94.
- Herr K, Coyne PJ, Key T, et al. Pain assessment in nonverbal patients: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*. (2006); 7: 44-52.
- Puntillo K, Miaskowski C, Kehle K, et al. Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*. (1997); 25: 1159-66.
- Hall Lord ML, Larsson G, Steen B. Pain and distress among elderly intensive care patients: Comparison of patients' experiences and nurses' assessments. *Heart & Lung*. (1998); 27: 123-32.
- Labus JS, Keefe FJ, Jensen MP. Self-reports of pain intensity and direct observations of pain behaviour: when are they correlated? *Pain*. (2003); 102: 109-24.
- Puntillo K. Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. *American Journal of Critical Care*. (1994); 3(2), 116-22.
- Desbiens NA, Wu AW, Broste SK, et al. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the support research investigations. *Critical Care Medicine*. (1996); 24, 1953-61.
- Ferguson J, Gilroy D, Puntillo K. Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care. *Journal of Advanced Nursing*. (1997); 26, 1065-72.
- Carroll KC, Atkins PJ, Herold GR, et al. Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisite study. *American Journal of Critical Care*. (1999); 8(2), 105-17.
- Ahlers SJGM, Van Gulik L, Van Der Veen AM, et al. Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*. (2008); 12, R15.
- Dasta J, Fuhrman T, McCandles C. Patterns of prescribing and administering drugs for agitation and pain in patients in a surgical intensive care unit. *Crit Care Med*. (1994); 22(6):974-80.
- Tittle M, McMillan S. Pain and pain related side effects in an ICU and on a surgical unit: nurses' management. *Am J Crit Care*. (1994); 3(1):25-30.
- Puntillo K. Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart Lung*. (1990); 19(5):526-33.
- Stenger K, Schooley K, Moss L. Moving to evidence-based practice for pain management in the critical care setting. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. (2001); 13: 319-27.
- Hamill-Ruth R, Marohn M. Evaluation of pain in the critically ill patient. *Crit Care Clin*. (1999); (15):35-54.
- Marshall M, Soucy M. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Quart*. (2003); 26(3):172-8.
- Cohen I, Gallagher T, Pohlman A, et al. Management of the agitated intensive care patient. *Crit Care Med*. (2002); 22(30 Suppl.):S95-125.
- Walco GA, Conte PM, Labay LE, et al. Procedural distress in children with cancer. Self-report, behavioral observations, and physiological parameters. *Clinical Journal of Pain*. (2005); 21(6), 484-90.
- Kaiser K. Assessment and management of pain in the critically ill trauma patient. *Critical Care Nursing Quarterly*. (1992); 15(2), 14-34.
- Rawal N, Tandon B. Epidural and intrathecal morphine in intensive care units. *Intensive and Critical Care Medicine*. (1985); 11, 129-33.
- Prkachin KM. The consistency of facial expressions of pain; a comparison across modalities. *Pain*. (1992); 51, 297-06.
- Warren Stomberg M, Sjö Ström B, Haljamäe H. Routine intra-operative assessment of pain and/or depth of anaesthesia by nurse anaesthetists in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*. (2001); 10, 429-36.
- Melzack R, Katz J. Pain measurement in persons in pain. In *Textbook of Pain* (Wall P.D. & Melzack R., eds), Churchill Livingstone. New York. (1994); pp. 337-51.
- Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. (1986); 27, 117-26.
- Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*, 3rd edn. Oxford University Press, New York. (2003).
- Pudas-Tähkä SM, Axelin A, Aantaa R, et al. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. (2009); 65(5):946-56.
- Cade CH. Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*. (2008); 13(6):288-97.
- Gélinas C, Johnston C. Pain Assessment in the Critically Ill Ventilated Adult: Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and Physiologic Indicators. *Clinical Journal Pain*. (2007); 23(6):497-05.
- Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, et al. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adult Patients. *American Journal of Critical Care*. (2006); 15(4):420-27.
- Younga J, Siffleeta J, Nikolett S, et al. Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. (2006); 22(1):32-9.
- Puntillo K, Weiss SJ. Pain: its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients. *Nurs Res*. (1994); 43:31-6.
- Meehan DA, McRae ME, Rourke DA, et al. Analgesic administration, pain intensity, and patient satisfaction in cardiac surgical patients. *Am J Crit Care*. (1995); 4:435-42.



ORDINE E NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Percorsi paralleli per la crescita professionale

27 MARZO 2020, h. 14.00-20.00
Centro Ospedaliero Marina Militare, Taranto

28 MARZO 2020, h. 08.30-14.30
Museo della Civiltà del Vino Primitivo, Manduria, TA

Evento n. 5817
4.2 Crediti ECM

SOSPESO

Quota	GRATUITO
Sede	27-03 Centro Ospedaliero Marina Militare, Via Pupino 1, Taranto 28-03 Museo della Civiltà del Vino Primitivo, Via F. Massimo, Manduria TA
Destinatari	Infermieri 140 - Infermieri Pediatrici 10 Riservato Iscritti OPI Taranto
Iscrizioni	www.opitaranto.it A partire dal 2 Marzo 2020

MEDEA: TRAGEDIA TRA MITO E REALTÀ

Dott.ssa in Infermieristica **Bax Deborah**
Dott.ssa **Lacatena Carmela** Direttore della Didattica CdL Infermieristica



Il termine mito deriva dal greco *mythos* "racconto", usato anticamente per spiegare eventi che all'uomo apparivano incomprensibili.

Euripide scrive nel 431 a.C. un racconto che narra della dolorosa storia di Medea, donna forte e combattiva che, per seguire il suo amato Giasone, principe degli Argonauti, impegnato nel recupero del Vello d'oro per il Re di Corinto, è disposta ad abbandonare tutto. Dopo l'impresa, parte con lui e si ritrova in una terra straniera, in un mondo e in un ruolo che la opprimono. Giasone in seguito per ottenere il regno di Corinto accetta la proposta del Re di sposare sua figlia. Medea, disperata per la decisione dell'amato, non è disposta a tollerare di essere solo una concubina di Giasone, si sente tradita, perciò escogita una tremenda vendetta. Fingendosi rassegnata per le nozze, regala alla sposa un mantello intriso di veleno uccidendo lei e il Re accorso in suo aiuto, successivamente decide di infliggere a Giasone la sofferenza eterna: vuole privarlo della sua discendenza e, in un raptus di puro possesso dettato dalla lotta interiore tra l'essere madre o donna ferita, uccide i figli e Giasone non sopportando il dolore, si uccide.

Questo mito è collegato ad una realtà che si palesa troppo frequentemente ormai nella cronaca quotidiana, siamo circondati da titoli di giornali che riportano troppi casi di **neonaticidio** che accade nelle prime 24H; di **infanticidio**, l'uccisione entro l'anno di vita e di **figlicidio** che indica sia una condotta di abusi sia l'uccisione dall'anno di vita in poi e sono titoli di giornali molto presenti, purtroppo, nella realtà jonica.

Titoli di giornale come questi e che purtroppo sono in aumento:

- **TARANTO, DONNA CONDANNATA A 16 ANNI PER INFANTICIDIO:** Massafra, partorisce e nasconde la bambina nell'armadio.
- **TARANTO, PIANGE NELLA CULLA E LA MADRE LO SOFFOCA:** in preda ad un raptus soffoca il bambino con un cuscino. "Non ce la facevo più, piangeva, piangeva e io avevo



bisogno di silenzio"

- **TARANTO, PADRE GETTA FIGLIA DAL TERZO PIANO:** dopo l'ennesima lite con la ex moglie, accoltella il figlio maggiore al collo e getta la figlia di soli 6 anni dal balcone. (Medea al maschile)
- **TARANTO, FEDERICA E ANDREA, VITTIME DEL MARITO E DEL PADRE:** uccide la moglie e il figlio, dopo si toglie la vita. (Medea al maschile)

Lo scopo del presente studio è quello di volere comprendere cosa spinge le donne, procreatrici di vita, a compiere atti indicibili verso la propria prole. Cosa scatta nella loro mente? Queste donne sono madri, mogli, compagne che crollano in un momento di profonda crisi, con il coniuge o con se stesse; nella realtà Medea è una donna sopraffatta da un forte stress emotivo che scarica sul figlio. Possono essere infinite le ipotesi: spesso si diventa genitori prima di aver consolidato la propria identità; si possono provare sentimenti di inadeguatezza al nuovo ruolo; oppure ci sono situazioni di sofferenze, di violenze psicologiche, di abbandoni; o, ancora, possono esserci condizioni di dipendenza dall'uso e abuso di sostanze voluttuarie che possono provocare stati di irritabilità, eccitazione e stati depressivi che possono portare anche all'azione omicidiaria.

Il non riconoscimento del figlio è una sorta di "aborto psichico", in cui viene distrutto "qualcosa" a cui la madre non riesce nemmeno ad attribuire lo status di neonato, per lei è solo un oggetto di cui disfarsi, questo meccanismo può innescarsi già in utero, tanto da spingere la donna ad abortire volontariamente e, spesso, dopo l'accaduto, possono esserci anche processi di trasformazione e alterazione della realtà al fine di alleviare la propria coscienza.



Nell'ottica patologica, viene definita "**sindrome o complesso di Medea**" il quadro sindromico nel quale il genitore di sesso femminile (ma ci sono casi di Medea al maschile) che, posto in situazione di forte stress emotivo, utilizza il proprio figlio per scaricare la sua aggressività e frustrazione, arrivando anche all'azione omicidiaria con l'intento di attirare le attenzioni del partner.

Esiste una correlazione tra la Sindrome di Medea e la depressione post partum, è un disturbo che colpisce con diversi livelli di gravità, ed esordisce generalmente tra la 6^a e la 12^a settimana dopo la nascita. La donna si sente triste senza motivo, irritabile, non all'altezza nei confronti degli impegni che la attendono, può portare le donne a sentirsi colpevoli e ad essere poco inclini a cercare aiuto, dimenticando che occorre tempo per adattarsi alla maternità; questa se non trattata può evolvere facilmente in sindrome di Medea. È importante comprendere che **nessuna madre, se non ha un forte disagio personale, può uccidere i suoi figli**, si tratta di donne che non sono state capita in tempo, e per "in tempo" ci si potrebbe riferire a qualsiasi tempo storico di una persona: dall'infanzia, all'adolescenza, al post partum o qualsiasi altro momento di profondo dolore.

È fondamentale che queste donne siano seguite durante la gravidanza e dopo; che le donne, sia già madri che in attesa, siano informate attraverso delle campagne di prevenzione su quali possono essere i potenziali rischi. A tal proposito è fondamentale che ci sia un ascolto diretto, il vero professionista è colui che si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione.

Secondo il nuovo Codice Deontologico, approvato nella seduta del 12 e 13 aprile 2019, è fondamentale discutere della questione etica da cui un professionista non può sottrarsi; attraverso



essa ci interroghiamo su cosa fare, ma il nostro scopo è quello di mettere in luce la responsabilità delle proprie azioni, esplicando pro e contro, ma lasciando alla fine libera scelta alla donna. L'aver cura del paziente è un lavoro costante, ma non è un atto che si limita ad un codice di regole statiche, è un processo dinamico in cui mente e cuore hanno un ruolo fondamentale. Lo studio è stato realizzato attraverso una prima ricerca della letteratura scientifica riguardo la DPP e la Sindrome di Medea, e successivamente è stato condotto all'interno dell'Ospedale SS Annunziata dell'ASL di Taranto in un periodo compreso tra Luglio e Settembre, su un campione di 100 pazienti a cui è stato sottoposto un questionario di 14 domande, completamente anonimo, che raccoglie informazioni riguardo la situazione lavorativa, l'età, le abitudini di vita della donna, la conoscenza che si ha della depressione post partum ed eventuali alterazioni rilevate nel periodo della gestazione o del puerperio.

La studentessa in infermieristica, Bax Deborah, al fine della realizzazione della sua tesi sulla "Sindrome di Medea", somministrerà il presente questionario per uno scopo prettamente di studio, è completamente anonimo e verranno pubblicati solo i risultati complessivi. Ringrazio in anticipo per la vostra collaborazione.

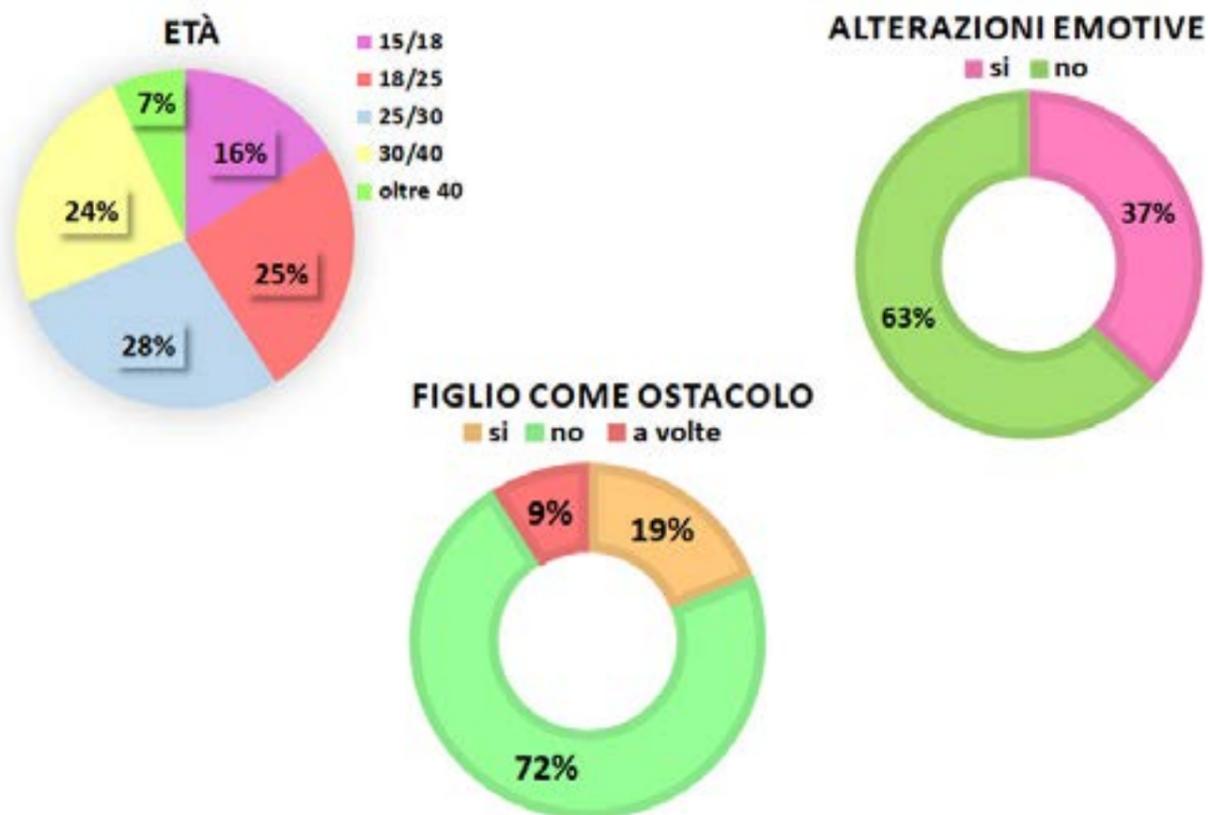
- 1 - Quanti anni ha?
 15/18
 18/25
 25/30
 30/40
 Oltre 40
- 2 - Titolo di studio
 Elementari
 Medie
 Superiori
 Laurea
- 3 - Che lavoro svolge?
 Operaio
 Impiegato
 Dipendente
 Disoccupato
- 4 - Che lavoro svolge il suo partner?
 Operaio
 Impiegato
 Dipendente
 Disoccupato
- 5 - Vivete soli?
 Sì
 No
- 6 - Ha notato alterazioni significative delle sue emozioni durante la gravidanza?
 Sì, quali: _____
 No
- 7 - Ha sofferto di alterazioni del ritmo sonno-riposo o percepito sintomi come facilità a stancarsi?
 Sì
 No
 A volte

- 8 - Ha perso interesse nelle attività/hobby che prima della gravidanza svolgeva?
 Sì
 No
- 9 - Ha mai pensato che un figlio potesse essere un ostacolo per il suo futuro?
 Sì
 No
 A volte
- 10 - Ha parenti che soffrono o hanno sofferto di depressione?
 Sì
 No
- 11 - Sa cos'è la depressione post partum?

- 12 - Secondo lei la depressione post partum può far commettere atti imprevedibili?
 Sì
 No
- 13 - Se la risposta precedente è sì quali?

- 14 - Secondo lei come si può intervenire per evitare episodi spiacevoli?

Dallo spoglio emerge che l'età maggiormente rappresentativa del campione è compresa tra i 25 ed i 30 anni con una percentuale del 28%; che il 37% delle mamme ha notato alterazioni che passano da una eccessiva emotività ad uno stato in cui c'è forte irritabilità, ansia e tristezza, contro il restante 63% che non ha rilevato alterazioni. Inoltre viene richiesto se un figlio possa essere un ostacolo per il loro futuro: il 19% ha risposto di sì, mentre il 9% ha risposto a volte, quindi bisognerebbe prendere in considerazione il fatto che ci possono essere delle gravidanze non volute dettate da semplici tentativi di riappacificazione nei rapporti conflittuali con il partner; queste infatti, possono portare a pensieri negativi verso il bambino.



Alla domanda n. 11 viene chiesto alle donne se conoscono la Depressione Post Partum; il 32% delle intervistate ha detto di conoscerla descrivendola come:

“è un’alterazione dell’umore che può incidere negativamente sulla quotidianità”

“penso sia un periodo in cui la persona non accetti suo figlio nella sua vita”

“io l’ho avuta, volevo rimanere sola senza neanche la mia bimba e volevo che la mia vita finisse”

Purtroppo, il restante 68% non conosce la Depressione Post Partum e questo perché, frequentando i corsi pre-parto, le donne ricevono informazioni solo del baby blues, uno stato transitorio di pochi giorni dovuto ad uno sbalzo ormonale e che svanisce da solo, ma nessuno spiega loro che possono esserci problemi più seri, i quali, devono essere ascoltati e trattati dal personale sanitario ed infermieristico. Abbiamo l’obbligo di informare attraverso interventi di prevenzione il singolo e le famiglie sulle alterazioni che possono presentarsi, individuando precocemente i problemi sanitari in modo che questi siano affrontati ad uno stadio iniziale, soprattutto grazie a una buona relazione di fiducia tra pazienti e personale in cui non c’è nessun tipo di condizionamento o giudizio, ma solo supporto e comprensione. Siamo abituati ad una visione della maternità come un periodo pieno di gioia, di serenità, di attesa etc. un bambino è un miracolo ma questa visione non è



l’unica; su queste basi è stata creata la brochure **“SFATIAMO IL MITO: una mamma non è sempre felice”**; una brochure è stata somministrata ed illustrata alle donne parallelamente al questionario precedente: esplica cosa può accadere durante il periodo della gravidanza, un momento unico, ma che comporta cambiamenti sia fisici che psicologici tali che possono indurre ad uno stato dissociativo e che il dialogo è l’unico modo per intervenire precocemente su questi “sentimenti e pensieri negativi”.

QUANDO CONTATTARCI?
Se durante la gravidanza sentite l’esigenza di parlare con qualcuno o chiedere consigli, se sentite la necessità di assumere farmaci, se avete notato l’aumento di ansia, preoccupazioni o pensieri negativi, se avete già sofferto di depressione o episodi simili o se un vostro familiare ne ha sofferto.

RELATORE
Dott.ssa Carmela Lacatena

LAUREANDA
Deborah Bax

OSHO

SFATIAMO IL MITO: una mamma non è sempre felice.

“Quando nasce un bambino, nasce anche la madre. Lei non è mai esistita prima. Esisteva la donna, una madre è qualcosa di assolutamente nuovo.”

Avere un bambino è motivo di gioia ed entusiasmo per una donna, ma anche di grande cambiamento, nessuno nasce genitore, esserlo comporta un lavoro continuo e la nostra società trasmette un’immagine della donna-madre come qualcosa di bellissimo, sempre piena di gioia, ma come ci si sente davvero? Cosa succede quando l’immagine della mamma è diversa da quella che gli altri hanno di lei?



Lo scopo è quello di prevenire ed individuare alterazioni sia nel periodo della gravidanza sia nel periodo post partum. Le donne devono ascoltarsi ed essere ascoltate e possono rivolgersi al personale infermieristico presente negli ospedali e nei consultori per aprirsi liberamente e senza essere giudicate, l’ascolto è diretto a tutte le mamme che si sentono piene di dubbi, paure, gioie ed emozioni, negative e positive che offre la maternità.

In conclusione le donne devono conoscersi e farsi conoscere perché, spesso, essere preparate ai cambiamenti è essenziale per essere davvero felici.

L'epidemia da CORONAVIRUS, responsabile di una patologia oggi ridefinita "Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2" (SARS-CoV-2) dall'International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV), è stata dichiarata dall'OMS un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. In questo contesto pandemico la vita continua, perché è più grande del coronavirus e di noi. Si fermano le attività produttive e commerciali non essenziali e cambiano le modalità di insegnamento nelle scuole e nelle università. Anche i nostri rapporti interpersonali prendono forme diverse così come il modo di lavorare degli operatori sanitari: abituati ai sorrisi per i propri pazienti ora si ritrovano con una maschera anonima, asettica, impersonale anche se gli occhi e il buon cuore non lo sono e possono trasparire oltre la maschera.

LE UNITÀ OPERATIVE NO-COVID

Dal 21 febbraio 2020, quando è stato confermato il primo caso autoctono in Italia, un numero schiacciante di infezioni da SARS-CoV-2 viene continuamente rilevato, potrebbe pertanto capitare che un paziente covid positivo non documentato abbia necessità di cure specifiche (es. Pz con ictus e necessità di trombolisi). Come sappiamo, l'alta specificità della disciplina neurologica non consente la facile gestione del paziente da parte di altre unità operative, pertanto ritengo fondamentale che ogni reparto debba possedere un protocollo di gestione di paziente covid positivo. Il riconoscimento precoce di COVID-19 è fondamentale per isolare i casi confermati e prevenire un'ulteriore trasmissione. In tutte le unità operative no COVID occorre una pianificazione strategica e protezioni adeguate per pazienti e per personale, perché malattia altamente infettiva, consentendo al contempo il normale funziona-

mento dell'unità stessa.

I coronavirus umani (HCoV) si diffondono in modo simile ai rinovirus, per contatto diretto con secrezioni infette o grandi gocce di aerosol.

Infermieri e Oss corrono un rischio maggiore di contrarre l'infezione da COVID-19 a causa del contatto diretto con i pazienti. In effetti, la trasmissione di HCoV attraverso la contaminazione ambientale è stata segnalata in ambito sanitario. Comprendere quali sono le superfici potenzialmente contaminate in un ambiente sanitario è fondamentale per proteggere gli operatori sanitari da questo virus che mostra una tendenza esponenziale senza precedenti con un tempo di resistenza di 3,6-4,1 giorni. A questo proposito, gli studi suggeriscono che le superfici e le sospensioni possono trasportare HCoV, aumentando il rischio di trasmissione del contatto che potrebbe portare a infezioni da HCoV acquisite in ospedale. Otter et al. hanno scoperto che altri coronavirus (SARS-CoV, MERS-CoV) possono essere trovati su plastica, metallo e tessuti fino a 6 giorni. Pertanto, il monitoraggio della contaminazione ambientale di SARS-CoV-2 può supportare lo studio dell'attuale epidemia e favorire la gestione dell'infezione da COVID-19. Inoltre, può aiutare a valutare l'efficacia delle procedure di disinfezione e la sicurezza dei dispositivi di protezione individuale (DPI) nel nostro caso di quelli utilizzati nelle unità operative non covid.

Nel reparto è necessario che le stanze dedicate dispongano di una zona cuscinetto per consentire la vestizione e lo smaltimento in sicurezza dei DPI. Gli operatori sanitari coinvolti nella cura diretta dei pazienti devono utilizzare i seguenti DPI:

1. abiti repellenti ai liquidi,
2. guanti doppi,
3. un respiratore con filtro facciale di classe 2 (FFP2),
4. protezione per gli occhi (occhiali protettivi o visiera).

Si rende necessaria la **separazione dei percorsi intra-Ospedalieri o percorso sporco – casi**

Dott.ssa Stefania Marturano
Neurologia e stroke unit, P.O. SS. Annunziata, Taranto

COVID-19 NELLE UNITÀ OPERATIVE NO-COVID: STRATEGIA DA PIANIFICARE

sospetti o percorso pulito – altri pazienti. Poiché i criteri di individuazione dei casi sospetti non possono essere sensibili e specifici al 100%, privilegiando la sensibilità, saranno avviati al percorso sporco molti più pazienti e soprattutto molti pazienti non infetti; privilegiando la specificità, potrebbero aumentare i pazienti infetti avviati al percorso pulito. I criteri sono da modulare in base ai dati epidemiologici regionali/locali, considerando anche i casi sentinella. Inoltre bisogna assicurarsi che:

- sia limitato al minimo il numero di operatori esposti, dei quali vanno registrate le generalità;
- siano limitate al minimo le manovre sul paziente;
- la cartella clinica del paziente sia lasciata fuori dalla stanza di isolamento;
- i parametri siano appuntati su fogli che saranno eliminati con i rifiuti all'interno della stanza di isolamento;
- sia utilizzato per il paziente lo strumentario essenziale dedicato, che va sanificato e lasciato in loco;
- il paziente indossi la mascherina chirurgica e che la cambi almeno ogni 4 ore;
- sia rispettato l'utilizzo della zona filtro, di un filtro funzionale per la vestizione (zona pulita) e la svestizione (zona sporca) e che i percorsi pulito e sporco siano visivamente identificati;
- che la stanza adiacente a quella di isolamento sia tenuta libera;
- che vi siano ampie scorte di DPI per il personale e per i pazienti;
- che vi siano ampie scorte di O2 e dispositivi per erogazione (Venturi e Reservoir);
- disponibilità adeguata di barelle dedicate;
- disponibilità di emogasometro;
- gli spostamenti per motivi diagnostici devono essere fluidi, immediati e privi di soste non necessarie.

E' importante:

- stabilire, per ciascuna categoria di caso, la sequenza temporale e spaziale delle azioni da intraprendere per la gestione clinico-assistenziale e logistica, specificando la matrice di responsabilità (CHI fa COSA QUANDO e DOVE);
- garantire la stretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni (precauzioni standard, via aerea, da droplets e da contatto);
- assicurare la razionale dotazione di DPI a tutti gli operatori potenzialmente coinvolti nella gestione dei casi in tutta la filiera assistenziale e disciplinarne le modalità di approvvigionamento e fornitura nonché le corrette procedure di vestizione/svestizione;

• assicurare la corretta applicazione delle procedure di sanificazione e di gestione dei rifiuti e assicurare, una volta posta la diagnosi di CASO SOSPETTO o ACCERTATO, che gli ambienti in cui il caso ha soggiornato restino chiusi e interdetti fino alla avvenuta sanificazione.

Le procedure di pulizia devono essere standardizzate [7], in particolare le superfici dei reparti devono essere pulite con ipocloruro di sodio alla concentrazione di 1.000 ppm di cloro libero (0,1%) al giorno e 5.000 ppm di cloro libero (0,5%) nella sanificazione terminale. Queste sopraindicate sono infatti le strategie studiate e pubblicate dalla Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia che ha mostrato in un recente studio che le anticamere, i corridoi e i campioni post-pulizia erano negativi per l'RNA SARS-CoV-2, suggerendo quindi che tali procedure di protezione e decontaminazione sono sufficienti.

CONCLUSIONI

Affinché il rischio di contaminare e contaminarsi sia ridotto al minimo, tutto il personale ausiliario, oss, infermieristico e medico deve essere adeguatamente informato e formato.

Si ritengono utili dei protocolli aziendali e delle prove di vestizione e svestizione per essere pronti alla gestione di casi covid positivi in reparti non dedicati.

1. Huang Z1, Zhao S1, Li Z1, Chen W1, Zhao L1, Deng L1, Song B2. The Battle Against Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emergency Management and Infection Control in a Radiology Department. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(10):2033-2038.
2. Rabenau, H.F., Cinatl, J., Morgenstern, B., Bauer, G., Preiser, W., and Doerr, H.W. Stability and inactivation of SARS coronavirus. *Med Microbiol Immunol*. 2005; 194: 1–6
3. Bin, S.Y. et al. Environmental Contamination and Viral Shedding in MERS Patients during MERS-CoV Outbreak in South Korea. *Clin Infect Dis*. 2015;https://doi.org/10.1093/cid/civ1020
4. Lai, A., Bergna, A., Acciarri, C., Galli, M., and Zehender, G. Early phylogenetic estimate of the effective reproduction number of SARS-CoV-2. ((Epub ahead of print)) *J Med Virol*. 2020 Feb 25
5. Sizon J, Yu MWN, Talbot PJ. Survival of human coronaviruses 229E and OC43 in suspension and after drying on surfaces: A possible source of hospital-acquired infections. *J Hosp Infect*2000;46:55-60.
6. Warnes SL, Little ZR, Keevil CW. Human coronavirus 229E remains infectious on common touch surface materials. *MBio*2015;6:e01697-15.
7. Otter JA, Donskey C, Yezli S, Douthwaite S, Goldenberg SD, Weber DJ. Transmission of SARS and MERS coronaviruses and influenza virus in healthcare settings: the possible role of dry surface contamination. *J Hosp Infect*2016;92:235-250.
8. <http://intranet.sanmatteo.org/site/home/organizzazione-on-line/comitato-infezioni-ospedaliere/documenti-utili/articolo1005829.html>
9. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-v2-1.pdf>
10. Corman, V.M., Landt, O., Kaiser, M. et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Euro Surveill*. 2020; 25: 20000

PRIMA

PROTEZIONE DELLO STAFF

- Ignora delle mani
- Indossare al minimo del personale durante le procedure
- Responsabilità di protezione individuale (filippa grimaldi)
- Camera di isolamento (se disponibile)

PREPARAZIONE

- Preparazione precoce di farmaci e attrezzature
- Manitaring standard infection (SICI)
- Martinetto ventilazione delle vie aeree
- Filtro antimicrobico su pedana sottospaziale e circuiti
- Uso di un sistema di aspirazione attiva
- Preferenza per video-teleoperatoria

DURANTE

DINAMICHE DI TEAM

- Definizione chiara dei ruoli
- Comunicazione con feedback durante la procedura
- Formazione anticipata del piano di gestione delle vie aeree
- Monitoraggio da parte del team per possibili contaminazioni

ASPETTI TECNICI

- Mantenere sempre il medico più esperto presente
- Indossare la massima protezione personale (PPE) e il livello più alto di protezione possibile
- Precauzioni con maschera aderente, con ricambio a due mani
- Segui la procedura standard del sottospazio nel punto critico
- Paralleli adeguati per evitare la tosse
- Sanificazione e protezione prima e dopo ogni profonda pulizia

DOPO

- Evitare discussioni inutili del circuito
- Se è necessaria la decontaminazione, mettere il ventilatore in standby e riempire il tubo
- Riparto ripulito dalle fasi di vestizione dei dispositivi di protezione individuale
- Ignora delle mani
- Substituisce del team

Version 1.0 Feb 2020

Elenco di oggetti e superfici contrassegnati per SARS-CoV-2 RNA

Elevato rischio	Superfici inanimate
Zona tampone nella stanza dei pazienti	Maniglie Coperchi del contenitore dei rifiuti Maniglie per lavello Superfici murali
Infermeria	Tavolo da cucina e lavandino Banchi Keyboard del computer Schede mediche e schede dei parametri Maniglie Carrelli per terapia
Effetti personali degli operatori	Cellulari

CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE

Fermiamoci un attimo oggi
per camminare insieme domani

#noiconvoiperlavita



OPI
Ordine Professioni Infermieristiche Taranto



CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE

**NOI NON
ABBASSIAMO
LA GUARDIA...
... MA VOI
RIMANETE
A CASA!**

#noiconvoiperlavita



OPI
Ordine Professioni Infermieristiche Taranto



LA VITA IN GIOCO



Dott.ssa in Infermieristica **Maffei Doriana**
Dott.ssa **Carmela Lacatena** - Direttore Didattico C.di L. Infermieristica

Questo elaborato nasce dopo aver preso coscienza di come il gioco d'azzardo si stia diffondendo a macchia d'olio su tutto il territorio nazionale, portando sempre più persone verso la dipendenza. Ha l'intento di valutare la situazione all'interno della provincia di Taranto e cercare di sensibilizzare ed informare tanto la popolazione generale quanto i professionisti sanitari in materia di gioco d'azzardo, in modo da intervenire con campagne di prevenzione e contrastare il rischio di sviluppare **Disturbo da Gioco d'Azzardo**.

MA CHE COS'È IL GIOCO D'AZZARDO?

È una attività ludica con fine di lucro, basata essenzialmente sulla fortuna, nella quale l'abilità del singolo giocatore ha un'importanza trascurabile. Principali tipologie di giochi d'azzardo: scommesse sportive, lotterie, gratta e vinci, giochi da casinò, slot machines, videolottery (VLT) e giochi d'azzardo online.

Il **Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)** è una dipendenza comportamentale che, nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), rientra nella categoria dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction. Nelle precedenti edizioni invece

era definito Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e classificato come un disturbo del controllo degli impulsi. Il DSM-5 definisce dei criteri che permettono di individuare e fare diagnosi di DGA, ma anche di valutare lo stato di remissione del paziente.

Oltre ai criteri diagnostici definiti dal DSM-5, che permettono di individuare una persona affetta da disturbo da gioco d'azzardo, quindi di stabilire una diagnosi per poter adeguare uno specifico trattamento, ci sono segni e sintomi fisici che caratterizzano il giocatore d'azzardo patologico, di fatto gli stessi che si manifestano in una dipendenza da sostanze.

I segni e i sintomi più comuni sono:

- 1. Craving.** Il più importante, è un desiderio incontrollabile a giocare d'azzardo.
- 2. Tolleranza.** Il giocatore patologico sviluppa assuefazione, che lo porta ad aumentare la frequenza e l'intensità di gioco con puntate sempre più elevate.
- 3. Astinenza.** la persona non riesce a ridurre il suo comportamento compulsivo nei confronti del gioco, anzi se prova a farlo sperimenta sensazioni di irrequietezza ed irritabilità. Tutte sensazioni opposte a quelle di soddisfazione che invece si innescano nel momento in cui comincia a giocare.
- 4. Perdita di controllo.** la persona non riesce

a smettere di giocare o a moderare gli intervalli di gioco, nonostante provi fortemente a farlo.

5. Ossessione. Il pensiero del gioco diviene ossessivo fino ad essere una vera e propria costante nella vita della persona, che non riesce a pensare ad altro se non al dover giocare. In questo modo mette a repentaglio il suo ruolo sociale, lavorativo, familiare.

6. Cambiamenti rapidi del tono dell'umore. La persona passa velocemente dall'essere euforico all'essere irritato o inquieto.

7. Alterazioni del ritmo del sonno.

8. Sintomi psicosomatici.

La dipendenza dal gioco d'azzardo rappresenta, ad oggi, un fenomeno crescente che deve essere in tutti i modi contrastato. Come interviene lo Stato per gestire il fenomeno?

LA LEGGE ITALIANA

A livello nazionale con il d.l. n. 158 del 2012 (decreto Balduzzi):

- Sono inseriti nei LEA interventi rivolti alla prevenzione, cura e riabilitazione di persone affette da DGA.
- È istituito un Osservatorio per valutare le misure più efficaci a contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave.
- È definita la «progressiva ricollocazione» dei punti di rete fisica, a distanza da luoghi sensibili.

Però non è mai stato emanato un decreto che stabilisse i termini per la ricollocazione, così le amministrazioni regionali e locali hanno adottato provvedimenti propri in materia.

A livello regionale, la Puglia, con l.r. n. 43 del 2013:

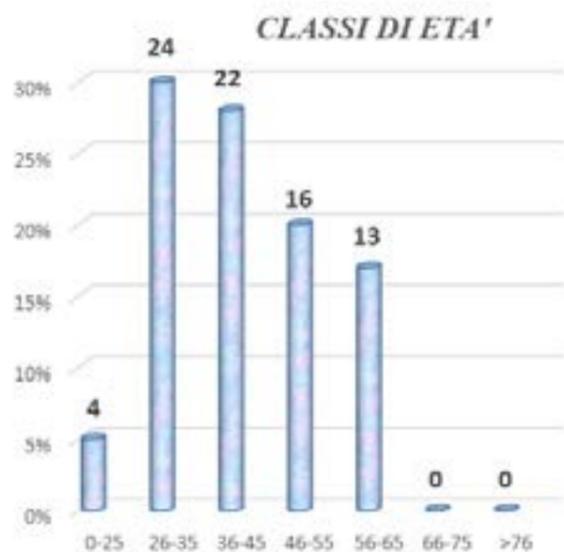
- Cerca di limitare la diffusione del gioco d'azzardo e il rischio di dipendenza con campagne di educazione sanitaria, informazione e sensibilizzazione.
- Definisce le competenze dei singoli comuni e delle AASSLL relativamente al Disturbo da Gioco d'Azzardo.
- Istituisce la distanza minima di 500m dai luoghi sensibili.

IL SERVIZIO GAP DELLA ASL/TA

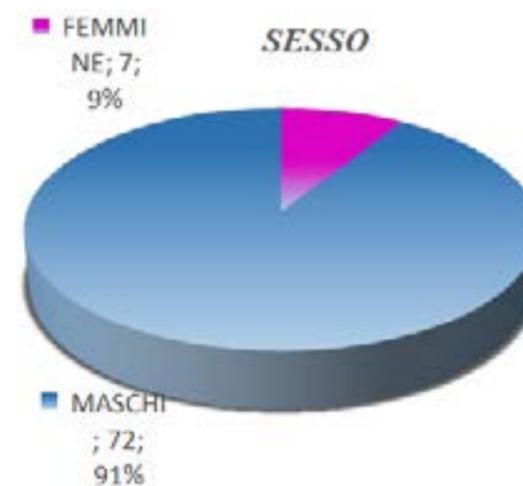
È un servizio rivolto prevalentemente alla cura ed alla riabilitazione di persone affette da DGA

ed altre dipendenze comportamentali.

L'infermiere all'interno del Servizio gestisce il momento dell'accoglienza e della presa in carico della persona e svolge un'attività di counseling informativo e, soprattutto, motivazionale per il paziente e per la sua famiglia. In più, grazie all'ascolto attivo, al dialogo ed alla comunicazione empatica, pone le basi per l'inizio di una relazione d'aiuto che risulta essere fondamentale per tutto il percorso riabilitativo. Il tirocinio Pre Laurea presso il Servizio. Sono stati raccolti dei dati, la cui analisi ha permesso di avere un prospetto della situazione all'interno della provincia di Taranto nel corso dell'anno 2018.



Osservando i grafici possiamo notare che, su 79 pazienti presi in carico durante l'anno 2018, il maggior numero di accessi lo riscontriamo nelle due fasce d'età comprese tra i 26 ed i 45 anni. Una netta prevalenza di uomini, con



una percentuale del 91%, ha formalizzato una richiesta d'aiuto nel corso dell'anno. Valutando lo stato occupazionale si può ben notare come siano gli operai ed i disoccupati quelli ad essere maggiormente colpiti. Per le tipologie di gioco è necessaria una premessa ovvero che i giocatori patologici, di solito, adottano più modalità di gioco, ma qui è segnata la tipologia di gioco preponderante. Si nota come la preferenza dei giocatori ricada principalmente su slot e VLT che sono i giochi più veloci e quelli verso i quali si sviluppa maggiormente una dipendenza perché connessi spesso ad ambienti in cui si consumano droghe o alcool che si associano ad un aumento del rischio di sviluppare DGA.

L'INFERMIERE E LA SUA IMPORTANZA NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è una patologia cronica che il paziente si porta dietro per tutta

la vita con il rischio di ricaduta. Per questo è importante, più che mai, informare ed educare la popolazione su quelli che sono i rischi connessi al DGA in modo da prevenirne lo sviluppo e l'infermiere può assumere un ruolo chiave in questo. Sappiamo, infatti, già dal nostro Profilo Professionale, che le principali funzioni dell'assistenza infermieristica sono "...la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria". Questo naturalmente è ribadito anche nel nuovo Codice Deontologico approvato in data 12-13 Aprile 2019. E di fatti:

- **Art. 1 – Valori.** L'Infermiere... si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.
- **Art. 7 – Cultura della salute.** L'Infermiere promuove la cultura della salute...progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

Il Codice Deontologico riprende anche altri due aspetti fondamentali nell'approccio al paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo e sono i concetti di "relazione di cura" e di "rispetto e non discriminazione".

- **Art. 4 – Relazione di cura.** Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura...Il tempo di relazione è tempo di cura.
- **Art. 3 – Rispetto e non discriminazione.** L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita...si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

È sempre bene ricordare, più che mai nell'ambito delle dipendenze patologiche, che l'infermiere non deve mai discriminare né colpevolizzare chiunque incontri nel suo operare e qualunque sia il motivo della sua condizione perché questo non fa parte del suo mandato professionale e della propria storia professionale.

Bibliografia e sitografia

- <http://www.treccani.it/enciclopedia/gioco-d-azzardo/13>.
- <https://www.harmoniamentis.it/approfondimenti/come-riconoscere-il-giocatore-dazzardo-patologico/>
- <https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici/gioco-dazzardo/sintesi-della-normativa-della-giurisprudenza-materia-gioco-dazzardo-ludopatia/>
- American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, DSM-5. V edizione. Raffaello Cortina editore, USA Maggio 2013. Edizione italiana: Biondi M., Bersani F., Valentini M. Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma. 2014.
- FNOPI. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, settima edizione. Approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12-13 aprile 2019.

Convenzioni 2020

OPI Taranto

Studio di nutrizione umana

Dott. Andrea Urso

Biologo Nutrizionista Dietista

Per l'anno 2020 in convenzione con FNOPI riserverà agli iscritti OPI Taranto la seguente convenzione: prima consulenza con esame BIA (bioimpedenziometria) e dieta euro 50,00 al posto di 80,00.

Servizi offerti

Valutazione della composizione corporea (massa magra, grassa e acqua totale corporea) con impedenziometria
 Valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici
 Educazione alimentare
 Elaborazione diete personalizzate (in condizioni fisiopatologiche accertate dal medico curante) per sovrappeso e obesità
 Dislipidemie
 Patologie dermatologiche
 Celiachia e Intolleranza al lattosio
 Età evolutiva
 Programmi nutrizionali per sportivi nelle varie discipline
 Piani alimentari per vegetariani

Studio di medicina estetica

Dr. Paolo Rosati

Il Dr. Paolo Rosati, medico estetico – Università degli studi di Parma – riceve previo appuntamento in Manduria (TA) e Martina Franca (TA)

Visite e controlli gratuiti

Su ogni trattamento si effettuerà il 20% di sconto

Per informazioni: 328.8327166

Fondazione Beato Nunzio Sulprizio

La Fondazione Beato Nunzio Sulprizio propone agli Infermieri iscritti ad OPI Taranto uno sconto del 15% su tutte le prestazioni (esenti da IVA ai sensi del DPR 633/72, art 10).

Servizi offerti

Palestra di Riabilitazione per patologie neurologiche ed ortopediche con apparecchiature all'avanguardia – Terapia strumentale: elettroterapia, ultrasuoni, magnetoterapia, onde d'urto, human tecar, idroforesi, pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale, idrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso, laserterapia tradizionale, laser terapia con n.d.yag con hiro 3.0 – Fisiokinesiterapia: riabilitazione respiratoria, riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale), idrokinesiterapia integrata all'idrificazione; ginnastica posturale (back school, pilates, patologie della colonna, piamorfismi e dismorismi del rachide), massoterapia, linfodrenaggio, rieducazione funzionale.

Per beneficiare dello sconto l'utente dovrà essere munito di tessera di riconoscimento e/o di appartenenza all'ente destinatario della proposta.

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione (contatto telefonico: 099.7792891).

Fit Village

Prezzi convenzionati per iscritti OPI Taranto

Corsi: GAG – Posturale – Pilates – Addominali & Stretch – Tribal Power – Body Tone

	PREZZI STANDARD	PREZZI CONVENZIONATI	
INGRESSO SINGOLO	5 €		SALA OPPURE CORSI
MENSILE	40 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	30 € + 10 €	SALA OPPURE UN CORSO A SCELTA
	45 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	35 € + 10 €	SALA & UN CORSO OPPURE DUE CORSI
	50 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	40 € + 10 €	SALA & DUE CORSI
TRIMESTRALE	110 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE) (SALDO ENTRO 15 GG)	90 € + 10 €	SALA & CORSI
ANNUALE	350 € (IN 3 RATE, SALDO ENTRO 3 MESI)	300 €	SALA & CORSI
YOGA	50 € / MESE	40 €	
BALLI CARIBICI	35 € / MESE (3 GG / SETTIMANA)	25 €	

Attivazione gratuita indirizzo PEC

agli Iscritti OPI Taranto

Il Consiglio Direttivo ed il Collegio dei Revisori dei conti dell'Ordine Professioni Infermieristiche di Taranto ha valutato l'opportunità di attivare gratuitamente una casella personale di Posta Elettronica Certificata (PEC) per i propri Iscritti, al fine di facilitare i rapporti fra Ordine ed Iscritti, fra Iscritti e Pubbliche Amministrazioni, fra Professionisti e Cittadini con cui si trovano ad interagire per motivi professionali.

La Posta Elettronica Certificata è sinonimo di comunicazione elettronica certa in quanto permette di dare ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento tradizionale, garantendo la prova dell'invio e della consegna.

Per attivare, in maniera totalmente gratuita, un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) segui i seguenti passi:

- stampa il modulo d'ordine che segue e compilalo;
- allega ad esso copia fronte/retro del documento (carta d'identità, patente di guida o passaporto) indicato nel modulo d'ordine; tieni presen-

te che il documento di riferimento deve essere in corso di validità;

- allega copia fronte/retro del codice fiscale (tessera sanitaria).

Il modulo d'ordine e i documenti necessari per la richiesta di attivazione del servizio di PEC gratuita devono essere inviati all'Ufficio di Segreteria esclusivamente a mezzo posta elettronica.

La documentazione suindicata, prodotta in formato PDF, deve essere allegata ad una e-mail avente come oggetto la seguente dicitura **“Richiesta di attivazione PEC”** seguita da nome e cognome del richiedente ed inoltrata all'indirizzo attivazionepec@opitaranto.it.

Invitiamo i Colleghi che vorranno aderire al seguente servizio di compilare il modulo d'ordine nel modo più chiaro e completo possibile.

La non corretta compilazione, compresa la mancanza della documentazione richiesta, l'assenza di una delle tre firme e l'illeggibilità del contenuto, renderà nulla l'istanza di attivazione dell'indirizzo PEC.

Si specifica che, la parte superiore del

modulo non va compilata e firmata. Tale sezione, contraddistinta da un riquadro arancione, è infatti a cura del Partner di Aruba Pec S.p.A.

Compilare, invece, prestando particolare attenzione, i campi relativi ai propri dati anagrafici e personali.

Nel modulo d'ordine PEC, la parte relativa al Libero Professionista va completata solo nel caso in cui si è liberi professionisti infermieri, mentre la parte del Legale Rappresentante non va completata.

Apporre, alla fine del modulo, negli spazi etichettati il Cliente Partner, tre firme; si specifica che, di fianco alle firme, non va apposto nessun timbro.

L'indicazione nel modulo d'ordine di un indirizzo mail già in proprio possesso è un dato obbligatorio, in quanto sarà utilizzato per l'invio del certificato di attivazione PEC e per la comunicazione della password d'accesso provvisoria. Si raccomanda, pertanto, di scriverlo in modo chiaro, facendo attenzione ad utilizzare le lettere minuscole/maiuscole solo dove effettivamente presenti.

L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata sarà attivo entro e non oltre i 15 giorni lavorativi dall'invio dell'istanza di accesso al servizio. Riceverai sull'in-

dirizzo di posta elettronica ordinario, indicato nel modulo d'ordine, una comunicazione.

L'indirizzo PEC avrà la seguente forma ipotetica: cognome.nome@pec.opitaranto.it

Nel caso di omonimie, ossia Iscritti all'OPI Taranto con lo stesso cognome/i e nome/i, verrà introdotto un numero identificativo per differenziare gli indirizzi di Posta Elettronica Certificata.

Anche in caso di non adesione al servizio PEC gratuita offerto dall'Ordine, si ricorda che permane l'obbligo per tutti gli Iscritti di comunicare al Collegio il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata (Decreto Legge n. 185 del 29 novembre 2008, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge n. 2 del 28 gennaio 2009, all'art. 16).

Per maggiori informazioni sul servizio di Posta Certificata PEC offerto, le regole tecniche per la formazione, la trasmissione e la validazione, anche temporale, consigliamo di consultare il sito web OPI Taranto, disponibile all'indirizzo www.opitaranto.it.

Santa Pasqua 2020

*La Presidente,
il Consiglio Direttivo
e i Revisori dei Conti
dell'OPI Taranto
sono vicini a tutti gli Iscritti
e alle loro famiglie
nella speranza della
Resurrezione*



